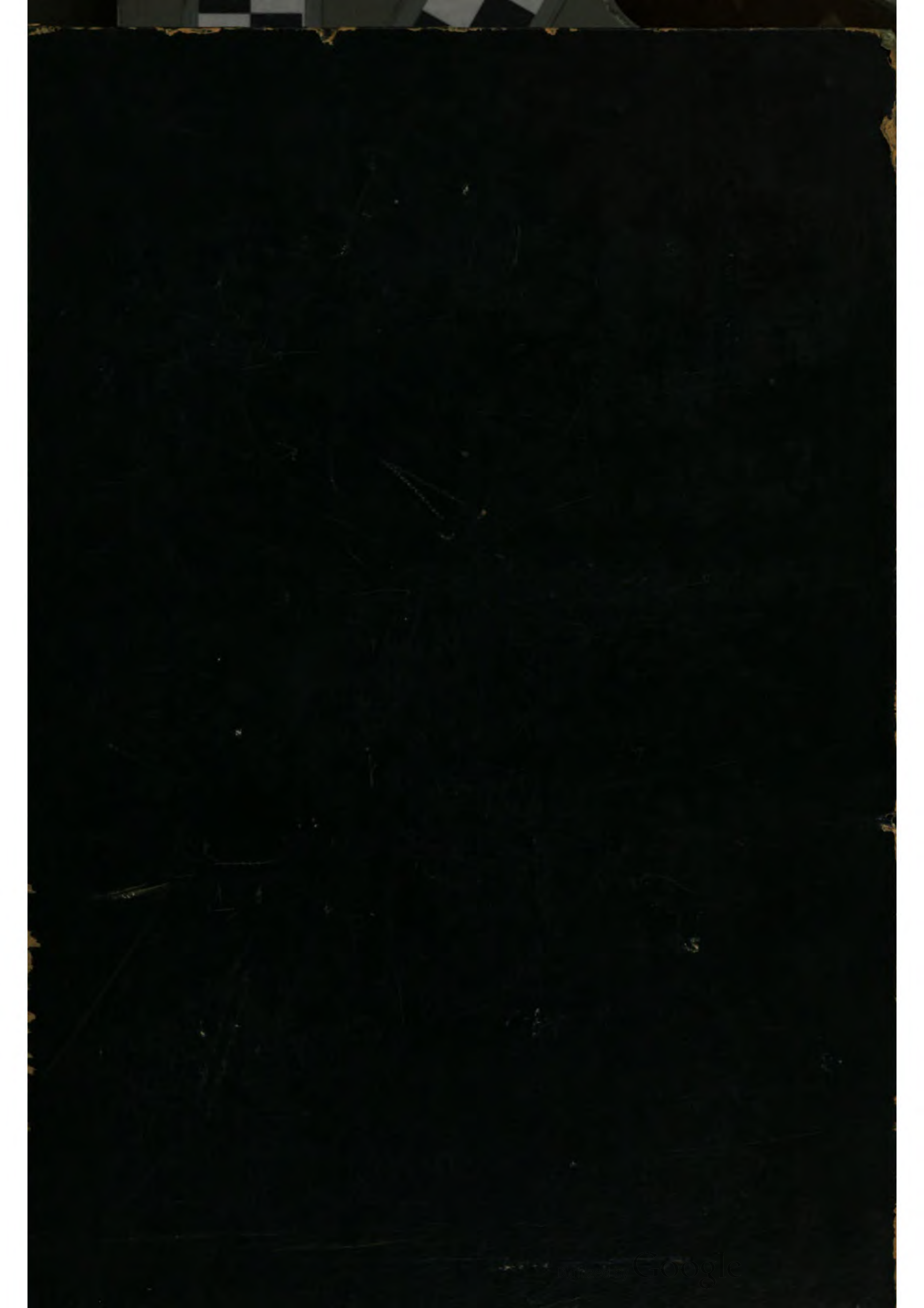




CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Herausgegeben

von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. Arnold Baader** in Basel.

Jahrgang XII.

1882.



BASEL.
BENNO SCHWABE, Verlagsbuchhandlung.
1882.

Register.

I. Sachregister.

(O = Originalarbeit.)

II. Namenregister.

III. Acten der Aerztecommission

und gesetzliche Erlasse.

IV. Vereinswesen.

V. Correspondenzen.

Schweiz.

Ausland.

VI. Literatur.

(Referate und Kritiken.)

CORRESPONDENZ-BLATT

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

für

schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die zweisp. Zeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N° 1. XII. Jahrg. 1882. 1. Januar.

Zum neuen Jahr!

Wieder hat der „sausende Webstuhl der Zeit" eine jener Umdrehungen zurückgelegt, nach deren Zahl wir die Dauer des Lebens bemessen; wieder grüssen uns die ersten Glockenschläge eines neuen Jahres und wecken unbewusst so manche Erinnerungen vergangener Zeiten.

Wir denken der Neujahrstage, die wir als glückliche Kinder und dann als jubelnde Studenten gefeiert und lassen vor unserem geistigen Auge all jene Festtage vorüber ziehen, die wir später als Männer im Kreise unserer Familien in frohen und in ernsten Zeiten durchlebt haben. Wenn auch manche Enttäuschungen und schwere Schicksalsschläge im Lebenswege jedes Einzelnen, bei Einem mehr beim Andern weniger, zwischen diese Neujahrstage sich hineingedrängt, so grüssen wir doch Alle freundlich diesen Tag, und Alle hoffen wir, dass er uns der Bote sei glücklicher Zeiten.

Auch das Correspondenzblatt hat seine Neujahrstage und seine Neujahrsstimmung, wo es fromme Wünsche und hohe Ideale in luftigem Gewande umschweben. Heute winkt ihm nicht eine Zunahme der Abonnentenzahl, denn es freut sich, in dieser Beziehung, entsprechend der Aerztezahl unseres Vaterlandes, das Erreichbare sein zu nennen. Wohl aber sehen wir aus den dichten Nebelwolken, die die Zukunft uns verhüllen, freundliche Hände schön-leserliche Manuscripte uns entgegenstrecken. Dankbar sammeln wir die reichen Gaben und empfangen mit Freuden die uns von den Professoren unserer medicinischen Facultäten im edlen Wetteifer mit den practischen Aerzten in Form von kurzen (in einer Nummer zu bergenden) Originalarbeiten dargebotenen neuesten Erfahrungen der ärztlichen Praxis; wir sehen die wackern Berner Collegen, wie früher ihre so interessanten Vereinsberichte uns wieder einsenden, und mit Vergnügen entdecken wir, dass nicht nur sie, sondern auch die anderen Cantone die Protocolle ihrer ärztlichen Gesellschaften uns nun so prompt mittheilen, dass es uns endlich einmal möglich

sein wird, den Lesern sofort und nicht erst nach Jahresfrist das zu melden, was diese hochachtbaren Corporationen in ihren Kreisen besprochen und discutirt haben.

Es grüssen uns mit interessanten Correspondenzen die Collegen von Appenzell, Freiburg, Genf, Glarus, Graubünden, Schaffhausen, Tessin, Thurgau, Uri und Wallis — irren wir nicht, so sind diese Cantone es gewesen, die im letzten Jahre es vorgezogen haben, zu lesen, wie die Anderen es treiben, statt selbst wieder einmal vom ärztlichen Leben und Treiben im eigenen Cantone uns Kenntniss zu geben.

Wir sehen mit einem der ersten Züge, den die neueröffnete Gotthardbahn aus dem sonnigen Tessin uns entgegenführt, die frohe Botschaft eintreffen, dass die Aerzte dieses Cantons sich endlich auch entschlossen — des langen politischen Haders müde — unter dem vereinigenden Banner unserer Wissenschaft zu einer ärztlichen Gesellschaft sich zu vereinigen, und dass nun der Traum sich realisirt, alle Cantone in der Aerzte-Commission vertreten zu wissen; wir sehen schon im Geiste eine Versammlung des ärztlichen Centralvereins unter dem begeisterten Präsidium *Sonderegger*'s in Lugano sich abspielen und sehen, wie Nebel vor den Strahlen der allgewaltigen Sonne alle Missverständnisse und Vorurtheile sich auflösen, die das gemeinsame Streben aller schweizer Aerzte für seine hohen Ziele mehr als einmal zu durchkreuzen und aufzuhalten versucht hatten.

Aber mitten in diesen schönen Träumen mahnt uns der Neujahrstag daran, die treuen Genossen nicht zu vergessen, die Mitarbeiter, die mit freundlicher Bereitwilligkeit und mit aufopfernder Hingabe das Correspondenzblatt im verflossenen Jahre so wacker unterstützt haben, möge das Bewusstsein, mitgearbeitet zu haben an der Befestigung des für alles Wirken unentbehrlichen Gefühles der Zusammengehörigkeit, mitgearbeitet zu haben an der wissenschaftlichen Ausbildung unserer Collegen, möge es sie entschädigen für die Zeit und Arbeit, die sie uneigennützig dem Correspondenzblatt gewidmet haben.

Dass „Viribus unitis" das erreicht werden kann, was für den Einzelnen immer nur ein frommer Wunsch bleiben wird, das beweist die Geschichte des soeben mit so grossem Mehr vom Nationalrath angenommenen eidg. Epidemiengesetzes — es soll uns das Muth machen, nicht nur nicht zu erlahmen im Kampf gegen Vorurtheil und Indolenz, sondern Jeden an seinem Platz auffordern, auch im neuen Jahr fortiter et constanter seine Pflicht zu thun.

Original-Arbeiten.

Ueber nucleäre Augenmuskellähmungen.

Von **L. Lichtheim** in Bern. [1])

Von allen Disciplinen der practischen Medicin stehen gegenwärtig in den engsten Beziehungen zu einander die innere Medicin und die Ophthalmologie. Augenärztliche Untersuchungsmethoden sind mit die wichtigsten diagnostischen Hülfsmittel zur Erkennung innerer Krankheiten geworden, und ein grosses Gebiet der

[1]) Nach einem im ärztlichen Bezirksverein gehaltenen Vortrage.



Pathologie des Auges, das der Augenmuskellähmungen, stellt eine Art neutralen Grenzgebietes dar, auf dem die Ophthalmologen und die internen Mediciner sich alltäglich begegnen. Diesem Grenzgebiete gehört auch die in den folgenden Zeilen zu erörternde Krankheitsspecies an. Die Ophthalmologie hat, wie es scheint, bisher allein Gelegenheit gehabt, von ihr Kenntniss zu nehmen, die Ophthalmologie wird, wie die folgenden Auseinandersetzungen zeigen werden, vielleicht dazu berufen sein, das letzte Wort über Sitz und Wesen der zu Grunde liegenden Krankheitsprocesse zu sprechen. Allein es handelt sich, wie ich im Folgenden zeigen will, um eine Affection, für die sich am ehesten ein Verständniss eröffnet, wenn man sie in Parallele setzt zu Krankheitsbildern, welche der inneren Medicin angehören.

Ich will zunächst die Krankengeschichte des Falles, welcher zu den nächstfolgenden Erörterungen den Anstoss gegeben hat, ganz kurz mittheilen:

Es handelt sich um ein 21jähriges Mädchen von blühendem Aussehen, das niemals bis auf die vorliegenden Leiden irgendwie nennenswerth krank gewesen. Vor 3 Jahren bemerkte sie, dass zuerst ihre linke Lidspalte sich allmälig verengerte, dass das obere Augenlid herabsank und etwas später begannen dieselben Störungen am rechten Auge sich zu zeigen. Durch diese doppelseitige Ptosis wurde die Patientin sehr belästigt, mit dem Anwachsen derselben traten die Bulbi aus der Lidspalte merklich hervor. Ueber Doppelbilder hat die Kranke nicht zu klagen gehabt, über die Art und Weise, wie die Beweglichkeit der Bulbi allmählig eingeschränkt wurde, weiss sie keine Angaben zu machen.

Bei der Betrachtung der Kranken fällt zunächst die beidseitige Ptosis in's Auge. Beide obern Augenlider hängen beiderseits gleichmässig ziemlich schlaff herab und bedecken die Pupillen vollständig. Durch die Lider hindurch sieht man die Bulbi stärker als gewöhnlich prominiren, links ist diese Prominenz viel deutlicher als rechts ausgeprägt. Willkürlich kann Patientin die Lider absolut nicht aufschlagen, ebensowenig machen dieselben die bekannten synergischen Bewegungen beim Heben und Senken des Kopfes.

Hebt man die Lider empor, so sieht man das rechte Auge nach Aussen abgelenkt und die oberflächlichsten Fixationsversuche zeigen eine hochgradige Störung in der Beweglichkeit beider Bulbi. Am stärksten ist das linke Auge betroffen. Hier steht der Bulbus fast ganz regungslos, und nur ganz minime Bewegungen nach allen Richtungen um die Mittelstellung herum sind noch möglich. Sämmtliche den Augapfel bewegenden Muskeln sind also fast vollkommen gelähmt, auch der obliquus superior, wie das Ausbleiben der bekannten Raddrehung beim Blick nach unten zeigt. Rechts spielen zunächst rectus externus und obliquus superior vollkommen normal, rectus internus und rectus superior hingegen zeigen nur minime Bewegungsreste, während die Leistungen des rectus inferior und obliquus inferior weniger eingeschränkt sind. Auf dieser Seite ist also eine freilich nicht gleichmässig schwere Läsion sämmtlicher vom Oculomotorius versorgten Bewegungsmuskeln des Augapfels vorhanden, während die vom Abducens und Trochlearis innervirten Muskeln intact sind. In das Innervationsgebiet des Oculomotorius gehört, wie ich nicht zu erwähnen brauche, auch die doppelseitige Ptosis hinein. Es



handelt sich also bei der Patientin um eine beidseitige Lähmung im Gebiete des Oculomotorii mit linkseitiger fast vollkommener Abducens- und Trochlearislähmung.

Zu diesem Befunde steht nun in auffälligstem Gegensatz das Verhalten der Pupille und der Accommodation. Die Pupillen sind beiderseits gleich, eher eng als weit, reagiren auf's Prompteste auf Lichtreiz und folgen deutlich accommodativen Impulsen.

Ebenso ergibt eine Untersuchung der Accommodation eine vollkommen normale Breite. Herr Prof. *Pflüger*, welcher auf meinen Wunsch die Augen der Patientin einer Untersuchung unterzog, stellte, abgesehen von einer Bestätigung obiger Befunde beiderseits eine völlig normale Sehschärfe fest und abgesehen von einer mässigen Myopie fand sich keinerlei Störung im dioptrischen und lichtempfindenden Apparate der Augen.

In Bezug auf die sonstigen Erscheinungen kann ich mich kurz fassen. Das Mädchen ist im übrigen so gesund, wie nur möglich. Bei langdauernden Fixationsversuchen bekommt sie leicht Ermüdungsschmerz. Sonst hat sie weder über Kopfweh noch andere Gehirnerscheinungen zu klagen oder zu klagen gehabt. Sie ist, während ich sie beobachtete und vorher schon vielfach mit therapeutischen Eingriffen geplagt worden, hat Quecksilber, Jodkali, Strychnin und verschiedene andere Mittel längere Zeit gebraucht, ohne dass in dem Zustande auch nur die mindeste Aenderung constatirt werden konnte.

Was für eine Affection liegt nun diesen auffallenden Störungen zu Grunde?

Zunächst wirft sich die Frage auf, ob die Ursache dieser ausgedehnten Bewegungsstörungen der Augen in einer Läsion der peripheren Nervenstämme zu suchen ist. Beidseitige periphere Augenmuskellähmungen sind bekanntlich keineswegs selten. Es verlaufen innerhalb der Schädelhöhle die Nervenstämme beider Seiten nahe genug bei einander, um durch basale Processe der verschiedensten Art in Mitleidenschaft gezogen werden zu können, und andererseits treten Oculomotorius Trochlearis und Abducens im sinus cavernosus einander so nahe, dass die gemeinschaftliche Störung in diesem Nervengebiete, welche die Patientin auf der linken Seite zeigt, durch Annahme eines basalen Leidens allenfalls verständlich gemacht werden könnte.

Es wäre auffallend genug, wenn eine derartige Affection sich bei der Kranken ohne jede andere cerebrale Erscheinung abgespielt hätte, doch könnte man allenfalls bei einem umschriebenen Knochenleiden, bei einer ganz circumscripten chronischen Affection der Meningen sich mit dieser Schwierigkeit abfinden. Es finden sich in der Literatur Fälle genug, bei denen man trotz des Fehlens aller andern Erscheinungen von Seite des Hirns auf diese Erklärung zurückgegriffen hat.

Allein wir brauchen die Berechtigung einer solchen Deutung hier nicht weiter zu discutiren, denn für unsern Fall steht ihr ein absolutes Hinderniss im Wege: das Intactsein der ciliaren Oculomotoriusfasern. Der Stamm der Nerven enthält dieselben von seinem Austritt aus dem Gehirn an, sie verlassen ihn erst in der Augenhöhle und deshalb muss jede erhebliche Läsion des Oculomotorius von Lähmung des Sphincter iridis und des Accommodationsmuskels begleitet sein. Freilich gibt es von dieser Regel unzweifelhafte Ausnahmen. Es sind den Ophthalmo-



;cn Fälle geläufig — ich selbst habe vor einiger Zeit einen derartigen beobach- — in welchen bei zweifelloser peripherer Oculomotoriuslähmung die ciliaren sern intact bleiben. Zur Erklärung dieser seltenen Fälle hat man angenommen, ;s ausnahmsweise der Oculomotoriusstamm die fraglichen Fasern nicht zum ge führt und es haben in der That experimentelle Untersuchungen das Ergeb- ; zu Tage gefördert, dass unter Umständen diese Fasern sich dem Nervus ab- :ens beigesellen können. [1]) Für unsern Fall kommt, da auf dem linken Auge aus- dem Oculomotorius auch die übrigen das Auge versorgenden Bewegungsnerven :offen sind, eine solche Deutung selbstredend ausser Betracht.

Haben wir nun vielleicht den Sitz der Affection in den Augenhöhlen zu hen?

Hiergegen scheint zunächst das doppelseitige Auftreten zu sprechen. Allein schwer uns das verständlich sein mag, es gibt mitunter auch an andern Körper- len doppelseitige, vollkommen symmetrische Lähmungen und das Befallensein er Augen würde deshalb kein absolutes Veto gegen die Annahme einer intra- talen Ursache einlegen.

Freilich macht auch hier das Intactsein der ciliaren Fasern Schwierigkeiten. verlassen auch in der Augenhöhle den Stamm der Nerven nicht und nach dem allen desselben laufen sie noch eine Strecke mit demjenigen Aste, welcher zum culus obliquus inferior geht. Also auch die intraorbitalen vollkommenen Ocu- ıtoriuslähmungen müssen ganz dasselbe Verhalten zeigen, wie die intracraniel- Allein wenn auch diese Regel Ausnahmen hätte, wenn unter Umständen die : brevis zum Ganglion ciliare den Nervenstamm schon vor seinem Zerfall in :inzelnen Aeste verliesse, wenn die Lähmungsursache hinter dieser Abgangs- : gelegen, diese Fasern frei liesse? Würden wir, wenn wir einen solchen anor- ı Verlauf in unserem Falle statuirten, damit die Möglichkeit einer Erklärung Symptomenbildes gewinnen? Vielleicht, aber auch von einer solchen Annahme en wir abstrahiren, und zwar ist es die Erfahrung früherer Beobachter, welche ıs unmöglich macht, das vorliegende Krankheitsbild als Folge einer seltenen mischen Varietät aufzufassen.

)enn der Symptomencomplex, der uns beschäftigt, ist, wie ich schon im Ein- andeutete, kein unerhörter, kein noch nicht beobachteter, sondern es liegen s Mittheilungen über ähnliche Fälle vor.

ı der Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft am 19. Februar 1868 *Albrecht v. Gräfe* [2]), eine Patientin vor, deren Leiden meiner Ansicht nach in be Categorie gehört, wenn auch das Symptomenbild sich insofern etwas ab- end gestaltete, als die Symmetrie der Lähmung eine vollkommenere war, wie rliegenden Falle. Bei *Gräfe*'s Patientin waren beide Bulbi in demselben Zu- , wie bei unserm Kranken der linke, d. h. so gut wie vollkommen unbeweg- nd es hatte sich die Lähmung beiderseits gleichmässig und alle Muskeln zeitig befallend allmählig entwickelt. Die Ptosis hingegen war, wie es scheint, r hochgradig, als bei unserer Kranken.

) *Adamük* citirt nach *Gräfe* und *Sämisch*, Handbuch der Augenheilkunde VI, S. 56.
) Berliner klin. Wochenschr. 1868, Nr. 11, S. 27.



Gräfe, der eine Reihe derartiger Fälle gesehen hatte und gelegentlich der oben erwähnten Krankenvorstellung über seine Erfahrungen referirte, ist geneigt, das gleichzeitige Befallenwerden aller Bulbusmuskeln auf beiden Augen und die Geringgradigkeit der Ptosis für eine Eigenthümlichkeit der fraglichen Affection zu halten. Wenn nun hienach unser Krankheitsfall in diesen beiden Puncten von dem gewöhnlichen typischen Bilde *Gräfe*'s abweicht, so ist die Uebereinstimmung in Bezug auf die übrigen Symptome, in Bezug auf Entwicklung und Verlauf eine um so vollkommenere. Auch bei allen Kranken *Gräfe*'s hatte sich das Leiden im Laufe mehrerer Jahre ohne irgend welche andere Symptome entwickelt, war dann stationär geworden und trotzte allen Behandlungsversuchen. Alle Kranken *Gräfe*'s zeigten ebenso, wie unsere Patientin, das auffällige Freibleiben der Fasern für die Accommodation und für den Sphincter iridis.

Der letzte Punct ist für die Beantwortung der Frage, die uns augenblicklich beschäftigt, geradezu entscheidend. Er zeigt, dass das Freibleiben der ciliaren Oculomotoriusfasern in unserem Falle nicht irgend einer anatomischen Verlaufsanomalie zuzuschreiben ist, sondern dass dasselbe ein integrirender Bestandtheil des Krankheitsbildes ist und in allen ähnlichen Fällen beobachtet wurde. Damit fällt die Möglichkeit einer intraorbitalen Ursache des Leidens ohne Weiteres dahin.

Wenn nun aus der Zusammenstellung der *Gräfe*'schen Beobachtungen mit der meinigen hervorzugehen scheint, dass wir es im vorliegenden Falle nicht mit einer zufälligen, vielleicht seltenen Combination von Augenmuskellähmungen, sondern mit einem typischen, scharf abgegrenzten Symptomenbilde zu thun haben, mit einer Krankheit, wie wir zu sagen pflegen, so wird es um so wünschenswerther sein, dem Wesen und dem anatomischen Sitze dieser Krankheit näher zu treten.

Sehen wir zunächst, ob die früheren Beobachtungen in dieser Hinsicht Aufschluss gewähren. Ausser der vorhin erwähnten Mittheilung *Gräfe*'s scheint das Krankheitsbild wenig Beachtung gefunden zu haben. Die Ausbeute einer auf diesen Punct gerichteten Nachforschung beschränkt sich auf eine kurze Bemerkung *Alfred v. Gräfe*'s, dass er selbst drei den *Gräfe*'schen völlig analoge Fälle beobachtet habe, ohne jedoch zur Darlegung der Natur der fraglichen Anomalie etwas beitragen zu können. [1]) Keiner der bekannt gewordenen Fälle hat Gelegenheit zu einer anatomischen Untersuchung gegeben und da die Krankheit zwar eine Zeit lang progredient ist, dann aber, wenn die Bewegungsfähigkeit der Bulbi vollkommen vernichtet, stationär bleibt und die Existenz der Kranken in keiner Weise bedroht, so wird es noch lange genug dauern, bis ein Zufall die definitive Aufklärung dieser Fälle durch eine anatomische Untersuchung erlaubt. Unter diesen Umständen sind wir auf das Raisonnement angewiesen und werden in demselben da anknüpfen müssen, wo wir dasselbe vorhin abgebrochen haben.

Wenn, wie wir gesehen haben, weder eine basale noch eine orbitale Ursache im Stande ist, das Symptomenbild zu erklären, so müssen wir nothwendig auf

[1]) *Gräfe* und *Sämisch*, Handbuch der Augenheilkunde VI, S. 94.



Leiden der befallenen Muskeln oder auf eine Affection des Gehirns zurück-
fen.

Schon *Gräfe* hat sich mit aller Schärfe gegen die Annahme eines primär myo-
iischen Ursprunges der Krankheit ausgesprochen. Sein Hauptargument war,
; eine Erkrankung der Muskeln nur in den alleräussersten Endstadien eine so
kommene Bewegungslosigkeit des Bulbus erzeugen, weil die geringeren Dre-
gen von der Mittelstellung aus so geringe Widerstände setzen, dass sie von
kleinsten Rest von Muskelsubstanz noch geleistet werden könnten.

Unser Fall ist nun gerade in seinen Abweichungen von dem von *Gräfe* ge-
neten Symptomencomplexe besonders geeignet, die myopathische Natur des-
en unwahrscheinlich zu machen. Das völlige Verschontbleiben einzelner Mus-
des rechten Auges und noch dazu gerade derjenigen Muskeln, welche von
nderen Nerven versorgt werden, ist durchaus nicht dazu angethan, die An-
ne eines primären Muskelleidens zu stützen. Wir würden auf diese Annahme
dann zurückgreifen, wenn der Versuch, die Krankheit auf eine cerebrale Ur-
e zurückzuführen, scheiterte. Das ist nun aber nicht der Fall.

Bei Annahme einer intracerebralen Ursache der Krankheit müsste, wie sich
von selbst versteht, der Sitz des Leidens in denjenigen Hirntheilen zu suchen
welche die Augennerven aufnehmen und dieselben noch auf einem relativ
n Raum gesammelt enthalten — in den Kernen oder in der Kernregion dieser
en. In der That ist diese Annahme geeignet, das Symptomenbild vollkommen
klären. Unter Voraussetzung einer Läsion der in der Brücke und im Hirn-
ıkel gelegenen Augenmuskelkerne gewinnen wir zunächst auf's einfachste Ver-
niss für diejenige Eigenthümlichkeit des Symptomencomplexes, welche bisher
er Diagnose die grössten Schwierigkeiten in den Weg legte — für die so
ge, ja bisher ausnahmslos beobachtete Unvollständigkeit der Oculomotorius-
ıngen. Wir wissen aus den Reizversuchen von *Heusen* und *Völckers*, [1]) dass
ehr langgestreckte Oculomotoriuskern, welcher vom Boden des 3. Ventrikels
nter das hintere Vierhügelpaar reicht, functionell in eine Reihe sagittal hin-
nander gelagerter Nervenkerne zerfällt, welche die ersten Stationen für die
nen Leistungscomponenten des Nervenstammes darstellen. Zuvorderst gele-
st das Centrum für die Accommodation, dann folgt das Centrum für den
cter iridis, dann hinter einander das für den Rectus internus, Rectus supe-
Levator palpebræ, Rectus inferior und zu unterst das für den Obliquus in-
Alle diese den Oculomotoriuskern zusammensetzenden Centren sind beim
ɘ isolirt reizbar und diese physiologischen Erfahrungen machen es ohne Wei-
verständlich, dass in den Krankheitsfällen, die uns beschäftigen, Accommo-
und Pupillenbewegungen intact sind, der oberste Theil des Oculomoto-
rns ist in allen diesen Fällen vom Krankheitsprocesse verschont geblieben.
mehr, die unvollständige Oculomotoriuslähmung, welche unsere Patientin auf
echten Auge zeigt, stimmt auf's genaueste zu den Ergebnissen *Heusen*'s und
s'. Am schwersten betroffen sind Rectus internus, Rectus superior und Le-

[1]) Archiv für Ophth. XXIV, S. 18 u. ff. Vergl. für diese Auseinandersetzungen die ausführ-
handlung in *Wernicke*, Lehrbuch der Gehirnkrankheiten I, S. 270.



vator palpebræ, d. h. der mittlere Theil des Oculomotoriuskerns, die obern Partien desselben — Accommodation und Pupillenbewegung — sind intact, die untern — Rectus inferior und Obliquus inferior — nur leicht betroffen.[1])

(Schluss folgt.)

Beiträge zur Gebärmutter-Chirurgie.

Von Dr. **A. Kottmann**, Spitalarzt in Solothurn.

I. Die Operation des Fibromyoma Uteri.

Die Technik der Ovariotomie erreichte in der jüngsten Zeit einen solchen Grad der Sicherheit und Vollkommenheit, dass ihre Resultate ausserordentlich günstige geworden sind und dass die Lebensgefahr bei dieser grossartigen und segensreichen Operation sich auf ein Minimum reducirt hat. Mit Freuden würde gewiss *Dieffenbach* sein verdammendes Urtheil, welches er vor wenigen Decennien in so geringschätziger Weise und in drastischen Worten über sie gefällt hat, zurücknehmen, da er sehen könnte, dass die Entfernung des degenerirten Ovariums viel weniger eingreifend ist, als zu seiner Zeit die Absetzung einer Gliedmasse. Die guten Erfolge, welche nicht nur in den Operationssäälen der Specialisten, sondern sogar in der Praxis des Landarztes täglich erzielt werden, gehen Hand in Hand mit der Beherrschung der antiseptischen Wundbehandlung und der Erkenntniss der Richtigkeit der *Wegner*'schen Shocklehre. Die Mehrzahl der üblen Zufälle leitet ihren Ursprung von der Infection der Peritonealhöhle ab, viele von der rasch sich ausbildenden Herzlähmung, als Folge der zu bedeutenden Abkühlung des ganzen Körpers. Diese findet ihre unumstössliche Erklärung in der meist eine längere Zeit dauernden Eröffnung der Bauchhöhle, wobei der grosse Flächenraum des so viele Blut- und Lymphgefässe enthaltenden Peritoneums eine oft nicht mehr zu ersetzende Wärmemenge an seine Umgebung verliert. Mit den gleichen Principien und mit sanguinischen Hoffnungen wurde die Ausrottung des degenerirten Uterus in Angriff genommen und zwar zuerst die supravaginale Amputation des Fibroides nach *Péan*.

Analog der Ovariotomie, welche ihre ersten Triumphe mit der extraperitonealen Behandlung des Stieles feierte, wurde zunächst auch der unter dem Tumor liegende Theil der Gebärmutter mit seinen Adnexen comprimirt und nach Aussen auf die Bauchwand geleitet. Vielgestaltig sind die Instrumente, welche zur Fixation des Uterusstumpfes verwendet werden; Schlingenschnürer mit Draht armirt, Ecraseurketten, grosse und starke Klammern, elastische Röhren, Nadeln sollen dem gleichen Zwecke dienen. Bald aber wurde die unliebsame Erfahrung gemacht, dass in kürzester Zeit der Uterusstumpf einer feuchten Gangræn mit Jauchung anheimfiel, welche ihre deletären Folgen nur zu häufig in progressiver septischer

[1]) Die am Hunde gewonnenen Ergebnisse der *Heusen-Völckers*'schen Reizversuche sind natürlich nicht ohne Weiteres auf den Menschen zu übertragen. In neuester Zeit haben *Kahler* und *Pick* (Prager Zeitschrift für Heilkunde II, 4) auf Grund zweier Beobachtungen eine andere functionelle Gruppirung wenigstens für die Wurzelbündel des Oculomotorius angenommen. Nach ihnen würden im hintern Theile des Wurzelgebietes die medialen Bündel dem Rectus internus und inferior, die lateralen dem Rectus superior, levator palpabræ und Obliquus inferior zugehören. Es ist selbstredend, dass nur weitere genaue anatomische Untersuchungen partieller cerebraler Oculomotoriuslähmungen nach Art der von *Kahler* und *Pick* angestellten geeignet sind, diesen Punct aufzuklären.



:ntzündung der Nachbarschaft äusserte, was bei der Befestigung des Ovarialstie-
:s so selten zu beklagen war. Diese Beobachtung rief consequenter Weise dem
'ersuche, den Stumpf intraperitoneal zu versenken, um die Einwirkung der äus-
ern Luft von ihm fern zu halten und der Sepsis dadurch radical vorzubeugen.
'mschnüren der Gewebspartie mit Catgut, Seide, Hanf, Abbrennen, selbst sorg-
iltige Ueberpflanzung der Serosa, Erzeugung der einfachsten Wundfläche durch
xcision eines keilförmigen Stückes aus dem Uterusreste und Zusammennähen
eider Theile retteten den Stumpf wieder nicht sicher vor dem Schicksale der
äulniss und verschlimmerten die Situation nur noch dadurch, dass der sich zer-
:tzende Körper im Innern der Bauchhöhle sich befand. Da die richtig in Scene
esetzte Versenkung des Ovarialstieles nie zu secundärer Entzündung disponirt,
) lag der Schritt zu der Erkenntniss nahe, dass Ovariotomie und Hysterotomie
ihren Grundbedingungen auseinander weichen, dass die Technik der einen Ope-
tion auf die andere nicht einfach und ohne Vorbehalt übertragen werden darf.

Die anatomische Beschaffenheit des Stieles nach Entfernung einer Eierstocks-
:schwulst zeigt wesentliche Differenzen mit dem Stumpfe, welcher nach Ampu-
tion des Uterus zurückbleibt und zwar beruht der augenfälligste Unterschied
eist in dem Missverhältniss der Gewebsmassen, welche zu bewältigen sind. Doch
bt es genug Fälle, wo der Uterusrest nicht so erheblich über den Ovarialstiel
Volumen emporragt, indem letzterer oft recht fleischig und dick angetroffen
rd, ersterer besonders dann, wenn der Uterushals durch ein nach oben sich
twickelndes Fibroid sehr in die Länge gezogen wurde, ganz dünn und häutig
h präsentirt. In einem der von mir operirten Fälle konnte ich eine der kleinen
ncer Wells'schen balkenförmigen Ovarialkammern verwenden, um den Uterus-
impf bequem und sicher auf den Bauchdecken zu fixiren. Die nach meiner An-
ht am meisten in die Wagschale fallende Abweichung ist in dem wesentlich
:schiedenen Verhalten der Schleimhautflächen zu suchen, welche sich im Innern
der Stiele finden. Der Oviduct ist ein enger, mit Mucosa ausgekleideter Canal,
ssen Flimmerepithelien durch ihre von dem Ostium abdominale gegen den Uterus
·ichtete Bewegung dem Vordringen von pathologischen Processen aus dem
erus her entgegenarbeiten, so dass das Uebergreifen von Entzündungen der Ge-
·mutter auf die Tube relativ selten beobachtet wird. Zudem ist das Ostium
rinum tubæ bei Geschwülsten des Eierstockes häufig ganz obliterirt. Die
ıleimhaut des Uterusstumpfes dagegen, welche bei der Compression sich zu-
ımenfaltet, zeigt oft noch einen ziemlich beträchtlichen Umfang und ist die un-
telbare Fortsetzung der Mucosa des Collum Uteri, welche durch den Cervical-
al mit der Vagina in offener Verbindung steht. Die Umschnürung mag noch
exact und kräftig sein, den Spaltpilzen wird dadurch der freie Weg von der
ıeide her nicht verlegt, sondern sie dringen ungehindert zur Oberfläche des
mpfes. Dass die Invasion der Infectionsstoffe von hier aus stattfindet und nicht
a einzig in der mangelhaften, an unüberwindliche Schwierigkeiten gebundenen,
:hnik des äussern Verbandes liegt, das beweisen uns diejenigen Fälle, wo der
mpf, mit allen antiseptischen Cautelen versenkt, dennoch der Fäulniss anheim-

Zum Schlusse will ich noch bemerken, dass nicht das bedeutende Volumen

des abgeschnürten Uterusstumpfes als das bedingende Moment des feuchten Brandes angeschuldigt werden darf, indem uns viele Experimente zur Genüge beweisen, dass ebenso grosse Gewebsmassen, speciell Muskelstücke, abgeschnürt und gänzlich abgetrennt in die Bauchhöhle verpflanzt werden können, wo sie ohne Reaction sich einkapseln, später zuweilen sich organisiren, wenn nur jede Gelegenheit zur Infection auf das Minutiöseste abgeschnitten ist. Bei den dicksten Ovarialstielen ist eine secundäre Sepsis meist ausgeschlossen, bei dem Uterusstumpfe dagegen stehen ihr Thür und Thor offen, indem die Communication durch die Vagina mit der äussern Luft nicht abgeschnitten werden kann, von wo dann das Unheil langsam aber sicher sich einnistet.

Das einzige Mittel, welches bis jetzt bei der Amputation des Uterus Erfolg verspricht, ist die rasche und vollständige Austrocknung der Gewebe, vermittelst starker Chlorzink- oder Eisenchloridlösungen, indem durch die Wasserentziehung den Spaltpilzen das nothwendigste Nahrungsmittel geraubt wird. Wie schwierig aber und mühsam diese Trockenlegung einer Gewebsmasse, bei welcher häufig, trotz der besten Constriction, noch lange Blut nachsickert, wie unsicher diese Mumificirung ist, das beweisen mit dicken Zahlen die vielen Fälle, wo trotz energischer, von tiefer Ueberzeugung geleiteter Maassnahmen, dennoch Sepsis sich einstellte. Wenn auch durch solides Annähen der Peritonealflächen an die Circumferenz des Stumpfes den bösartigen Stoffen der Weg zum Bauchfell häufig verlegt werden konnte, so treten doch oft Eitersenkungen nach dem Douglas und der Excavatio vesico-uterina ein, welche, wenn sie auch zu rechter Zeit sich abkapselten und später unschuldig sich entleerten, doch die Heilung als eine unreine und sehr gefährdete erscheinen liessen. Auch ausgedehnte Drainagen nach der Vagina zu leisten häufig nicht so viel, wie man von ihnen erwarten wollte, indem die Retraction des Stumpfes, welche nach einigen Tagen sich stets einstellt, zu einer Verlegung und Knickung der Drainröhre führen kann.

In der heutigen Zeit sind wir gewöhnt bei Amputationen, Resectionen und Geschwulstexstirpationen, wenn die Heilung derselben nicht per primam intentionem vor sich ging, uns einem stillen Vorwurfe wegen zu sorgloser Behandlung hinzugeben; bei dem Auftreten aber von accidentellen Eiterungen, von Phlegmonen mit Fieber, welche Incisionen, Drainagen oder gar Secundäroperationen nöthig machen, uns unverhohlen anzuklagen, dass wir nicht das geleistet haben, was die neuere Chirurgie mit Recht von uns verlangen muss, wenn wir in derselben segensreich und makellos thätig sein wollen. Bei allen äussern Operationen ist aber die Gefahr solcher misslicher Zufälle eine viel geringere, als wenn unsere Arbeit in dem Bauchfelle oder in unmittelbarer Nähe desselben vor sich geht. Der Schritt von einer abgesackten Eiterung im Bauchfell oder in dem unter demselben gelegenen Bindegewebe zu einer diffusen Peritonitis, womit das Schicksal des Patienten meist besiegelt ist, ist ein sehr kleiner, das Verhüten des Uebertrittes liegt nicht mehr in unserer Hand, wenn einmal Infection eingetreten ist. Glücklicherweise leben wir nicht mehr in dem goldenen Zeitalter, wo die Spitaleinflüsse für alles Böse beschuldigt werden durften, wir haben uns zu dem erhebenden Bewusstsein emporgeschwungen, dass die Geschicke der Operirten in unsern Händen



gen, indem wir durch richtig geleitete Antisepsis die üblen Einwirkungen ab-
ıwächen, wenn nicht ganz überwinden können Selbst in inficirten Localen sind
tte, reine Heilungen zu erzwingen, wie dies die Geschichte des *Lister*-Verbandes
nzend demonstrirt.

Dass aber der Verlauf einer supravaginalen Uterusexstirpation, einer an und
sich meist nicht schwierigen Operation, in den Händen solcher Chirurgen,
lche ihrer Aufgabe gewachsen, mit allen Hülfsmitteln der neuern Zeit versehen
l, welche bei Ovariotomien und andern grossartigen Eingriffen keine Miss-
ɔlge zu verzeichnen haben, so häufig ein gefährdeter, ein ungünstiger ist, das
ss uns ohne Weiteres zu der Ueberzeugung leiten, dass die richtige Methode
h nicht gefunden, dass die technischen Vorarbeiten noch nicht abgeschlossen
l, dass wir mit einer Zukunftsoperation uns beschäftigen.

Von Seite des dicken Stranges, welcher sich bei der extraperitonealen Be-
dlung des Uterusstumpfes aus dem kleinen Becken nach dem untern Wund-
kel der Bauchdecken zieht, droht noch eine Gefahr, welche zwar nicht sehr
fig sich einstellt, aber doch auch aus der Geschichte der Ovariotomie hinläng-
bekannt ist. Es kömmt nämlich vor, dass sich durch irgend einen Zufall eine
ındarmschlinge gegen den Stiel anpresst, sich dort fixirt, zu einer Knickung
Darmwandung und damit zu Stenose des Lumens führt und in kurzer Zeit die
cheinungen des Ileus erzeugt, gegen welchen die kühnsten Maassnahmen meist
htlos sind. In einem meiner Fälle von Uterusamputation konnte ich dieses
Ereigniss beobachten und es machte einen wirklich deprimirenden Eindruck
mich und liess den Entschluss in mir reif werden, wenn immer möglich, keine
ıer Patientinnen mehr dieser Eventualität Preis zu geben.

Wenn die Versenkung des Stieles sowohl als die extraperitoneale Behandlung
elben Gefahren in sich schliessen, welchen wir bis jetzt nicht mit Sicherheit
gnen können, so tritt die theoretische Forderung an uns, die Stumpfbildung
zu umgehen, was mit andern Worten heissen mag, die Amputation durch die
ılexstirpation des Uterus zu ersetzen. Zur practischen Verwirklichung dieses
ulates sind die Pfade uns geebnet durch die *Freund*'sche und *Czerny*'sche Ope-
n, wo die ganze Gebärmutter, das eine Mal vermittelst der Laparotomie von
, das andere Mal von der Scheide aus, sicher und mit Erfolg entfernt wird.
Grösse des Fibroides wird meistens den obern Bauchschnitt nöthig machen,
hem dann die successive Lösung der Vaginalportion folgt, welcher aber auch
g vorgearbeitet werden kann durch vorläufiges Umschneiden derselben von
Scheide aus, als erster Act der Operation. Diese Idee ist, wie ich sehe, auch
n von *Bardenheuer* in mehreren Fällen mit Glück verwirklicht worden. Bei
ern Tumoren, deren Umfang das Herableiten durch den Beckencanal erlaubt,
nt die untere Exstirpation der Gebärmutter in Frage, welche ich bei einer
ntin mit Erfolg ausführte und es fragt sich nur, ob dieser Exstirpatio inferior
sse Vorzüge vor der superior zugesprochen werden können. Da ich auf die
ung der *Freund*'schen zur *Czerny*'schen Uterusexstirpation in meinem zweiten
hnitte zurückkommen muss, wenn ich meine Erfahrungen über diese beiden
oden mittheile, so will ich hier nur kurz bemerken, dass die Ausrottung der

Gebärmutter von der Scheide her als minder gefährlich erscheint, indem bei derselben die Operirten weniger dem Shocke und der acuten septischen Peritonitis anheimfallen. Doch ist diese Thatsache für die Fibroidoperation von untergeordneter Bedeutung, indem das Volumen der zu entfernenden Geschwulst den Vorgang durch die Vagina meistens verbieten wird.

Wenn die Totalexstirpation des Uterusmyoms per laparotomiam empfohlen werden soll, so muss ein wichtiger Punct noch zur Erörterung kommen, ob nämlich nicht in den meisten Fällen die Verlängerung der Fibroidoperation, welche die Auslösung der Vaginalportion bedingt, wegen eingetretener Schwäche der Patientin nicht mehr statthaft sei, ob dadurch die Gefahr des Shockes zu einer bedenklichen Höhe sich steigern müsse.

Die Uterusfibroide zeigen in den meisten Fällen nicht sehr bedeutende Adhæsionen, so dass die Mobilisirung derselben, besonders wenn wir uns vor einem ausgedehnten Bauchschnitte nicht scheuen, oft gar nicht lange Zeit in Anspruch nimmt. Die grösste Mühe verursachen Verwachsungen im kleinen Becken, besonders in der Excavatio recto-uterina, welche aber, da sie ante operationem meist zu diagnosticiren sind, häufig eine Contraindication für die Ausrottung des Tumors überhaupt abgeben. Ein grosser Zeitverlust liegt in der Versorgung des Stieles, wobei die geringen Blutungen, welche trotz stärkster Constriction, immer noch als kleine Tropfen auf der Schnittfläche sich zeigen, minutiös gestillt werden müssen, indem darin die erste Forderung für Trockenlegung der Gewebe liegt. Die Entfernung der Vaginalportion ist bei der Straffheit, die sie bei dem Fibroid zeigt, leichter als bei dem Carcinom, wo die Schwierigkeit der Unterbindung, besonders der Arteria uterina, hauptsächlich darin liegt, dass die Gewebe oft schon carcinomatös infiltrirt sind, wodurch sie brüchig und zerreissbar werden. Zudem kann man den Act des Offenseins der Peritonealhöhle dadurch abkürzen, dass die Vaginalportion zuerst von der Scheide aus umschnitten und vorn und hinten bis zum Bauchfell ausgelöst wird. Natürlich werden wir auch alle Cautelen benützen, welche die Praxis uns an die Hand gibt, um den Wärmeverlust des Organismus zu beschränken, indem wir den Thorax und die Extremitäten mit schlechten Wärmeleitern einhüllen, bei längerer Dauer der Operation diesen Theilen durch heisse, feuchte Tücher direct Wärme zuführen. So werden wir der Collapstemperatur und damit der Herzschwäche in den meisten Fällen siegreich begegnen. Nach Entfernung der Vaginalportion fallen auch alle Schwierigkeiten der Drainage der Bauchhöhle von selbst weg und damit vermindern sich die Gefahren der septischen Peritonitis um ein Bedeutendes.

(Fortsetzung folgt)

Vereinsberichte.

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

Sitzung vom 22. Januar 1881.

I. Herr *Horner* demonstrirt einen Pat. mit essentieller Schrumpfung der Conjunctiva. Das Leiden ist ein höchst seltenes, unter 70,000 Pat. wurde es 3 Mal

obachtet. Vortr. schildert Wesen und Verlauf der Krankheit. Die Prognose ist ılecht, auch bei operativem Einschreiten. Herr *H.* hat sogar menschliche Conıctiva transplantirt, was allerdings Stillstand der Erkrankung ergab. *A. Græfe* tte bei der Transplantation keinen Erfolg. Die anatomische Untersuchung hat hts ergeben, was für therapeutische Maassnahmen von Werth gewesen wäre. r stehen der Erkrankung vollkommen machtlos gegenüber.

II. Herr *Cloëtta* berichtet über eine Reihe von Untersuchungen, welche gemeinschaftlich mit Herrn *E. Schær*, Professor der Pharmacie dahier, über fnahme und Ausscheidung des Phenol im Organismus angestellt [1]) Die Resultate sind grösstentheils Ergänzungen von theilweise schon. benten. Da sowohl das Phenol, welches im Körper producirt wird, als auch sols, welches auf Medicationswegen demselben zugeführt wird, seinen Ausscheigsweg durch den Harn findet, so handelte es sich zunächst darum, die Grenzen ıer Erkennungsmöglichkeit in diesem Secrete festzustellen. — Kleine Mengen nol kann man niemals durch Reagentien im Harne direct erkennen, auch nicht ɜinfachen Destillate desselben, sondern es muss der Harn vor der Destillation Mineralsäuren angesäuert werden, und zwar bedarf es ungleich grosser Mengen :e, je nachdem es sich um den Nachweis von Phenol handelt, welches im ɔer entstanden oder von solchen, welches von aussen zugeführt worden. Im ɜrn Falle ist die Ansäuerung z. B. durch einige Procente Schwefelsäure nothdig, im letztern genügt ein zehnfach geringeres Quantum. Bei den Versuchen len 50 grmm. angesäuerten Harns zur Destillation verwendet und nachdem $^1/_3$ zogen worden, das Destillat geprüft: 1) mit frisch bereitetem concentrirtem ıwasser. Der erhaltene weisse Niederschlag von Tribromphenol kann aus allischer Lösung durch Verdunstung in Krystallform gewonnen und zur quantiɜn Bestimmung verwendet werden. Controlversuche zeigten, dass die Schärfe r Reaction von 1 : 100,000 reicht. 2) Durch Kochen mit einer 10%igen Lövon Mercuronitrat, es entsteht eine rosenrothe Färbung. Diese Reaction in Bezug auf Schärfe der vorigen sehr nahe. 3) Das Destillat wird, nachnan etwas Ammoniak zugesetzt, mit Bromwasser im Ueberschuss versetzt; tsteht eine blaue Färbung. Diese Reaction ist nicht so empfindlich wie die ɜn, aber immerhin als Controle sehr brauchbar, wenn es sich um grössere ɜn Phenol (1 : 6—8000) handelt. Die so erhaltenen Färbungen sind constant lie Flüssigkeit ändert die Farbe nicht, selbst wenn sie monatelang gen hat.

ı den speciellen Versuchen übergehend, erwähnt *Cl.* die von *Stædeler* schon ıre 1851 constatirte Thatsache, dass im frischen Harne der Herbivoren und enschen unter normalen Verhältnissen Phenol vorkommt, ersterer enthält ıehr als letzterer; und schon damals wurde der Umstand betont, dass die gsstätte für das Phenol im Darmcanal liegt und von der Nahrung abhängig eitdem sind die Arbeiten von *Baumann*, *Brieger*, *Munk*, *Salkowski* u. a. erschieelche die *Städeler*'schen Beobachtungen bestätigten. — Unter pathologischen

Die Arbeit erschien in extenso im Archiv für Pharmacie.

Verhältnissen findet im menschlichen Organismus die Bildung grösserer Mengen von Phenol statt. *Salkowski* fand in einem Falle von Peritonitis mit Darmverschluss die Menge von 1,5 Tribromphenol p. die; *Cl.* konnte in einem Falle von Darmstenose ohne peritonitische Erscheinungen ein Quantum Phenol finden, welches sich dem von *Salkowski* gefundenen nähert.

Die Versuche und Resultate, welche sich auf den Nachweis von Phenol im Harne beziehen, nachdem dasselbe von aussen dem Körper zugeführt worden, sind folgende:

1) Bei interner Darreichung von 0,3 Phenol pro die konnte dasselbe im Harn bei einer Diabeteskranken, welche 5—6 Liter Harn p. die entleerte, im Verhältniss von 1 : 50,000 nachgewiesen werden. Dasselbe Resultat wurde bei andern Kranken erhalten.

2) Bei Patienten, welche unter 2procentigem Carbolspray operirt wurden, konnte reichlich Phenol im Harn im Verhältniss von 1 : 8—10—15,000 u. s. w. nachgewiesen werden. Die grünliche Färbung, welche sich zuweilen im Harne zeigt, gibt keinen Maassstab für die Quantität Phenol in demselben. Dagegen zeigte es sich in diesen operativen Fällen, dass stets etwas Eiweiss im Harn vorhanden war.

3) Bei Involution eines gesunden Unterschenkels mit in 4procentiger Phenollösung getauchten Binden, welche 3 Tage belassen wurden, zeigte sich reichlicher Uebergang von Phenol in den Harn, und zwar war die Menge, welche in den ersten 24 Stunden überging, die grösste, sie erreichte ein Verhältniss von 1 : 2000, nach 36—48 Stunden betrug die Menge Phenol im Harne 1 : 10,000, und nach 60 bis 72 Stunden 1 : 30,000. In der ersten Zeit wurde also die grösste Menge Phenol resorbirt und später, trotzdem die Epidermis macerirt war, weniger. Ein Beweis, dass das Phenol aus wässriger Lösung durch die Epidermis leicht übergehen kann. Intoxicationsphänomene wurden dabei keine beobachtet.

4) Im Harne des Arztes, welcher die Narcose leitete und den Phenolspray einathmete, konnte kein übergegangenes Phenol nachgewiesen werden, obwohl sich jedesmal nach einer Operation unangenehme Kopferscheinungen während der ersten 24 Stunden fühlbar machten. Diese sind nicht als Intoxicationsphänomene, sondern als örtliche Irritationserscheinungen, welche vom Olfactorius und Trigeminus ausgehen, aufzufassen.

In allen diesen Fällen, wobei das Phenol auf Medicationswegen dem Körper zugeführt worden, waren die Resultate negativ, wenn man den Harn einfach destillirte; sie waren in ihren positiven Resultaten ganz gleich, ob man den Harn mit sehr wenig oder mit sehr viel Schwefelsäure vorher versetzt hatte.

Die Hauptergebnisse, welche aus den Versuchen von *Cl.* und *Sch.* resultiren, sind zunächst folgende:

1) Bei Verdünnungen, welche über 1 : 10,000 gehen, lässt sich Phenol im Harne weder direct durch Reagentien nachweisen, noch im einfachen Destillate desselben.

2) Will man Phenol im Harne nachweisen, wobei alle und jede Medication mit dieser Substanz ausgeschlossen ist, so muss der Harn vor der Destillation mit ca. 5% Schwefelsäure angesäuert werden.

3) Ist Phenol dem Organismus auf diesem oder jenem Wege zugeführt wor-
›n, so genügt zum Nachweise der Zusatz von 1—3 p. mille Schwefelsäure.

4) In diesen Fällen ergibt die Destillation unter 3‰ oder 5% Schwefelsäure-
satz nahezu dieselben Mengen Phenol.

5) Unwahrscheinlichkeit der Existenz des Phenol als Phenolsulphosäure-Ver-
ıdung sowohl im normalen und pathologischen Harne als nach Medication mit
mselben. (Die Berechtigung zu dieser Annahme ergibt sich aus Controlversuchen
t Natrium sulpho-phenolicum.)

Die Art, wie das Phenol im Harne auftritt, ist noch unbekannt, sie ist offen-
r in den beiden Fällen verschieden.

6) Sobald die Verdünnung über 1 : 10,000 geht, so sind nur die Bromreaction
d die Mercuronitratreaction entscheidend.

7) Leichter Uebergang des Phenol in wässriger Lösung bei intacter Epider-
s, ebenso bei interner Darreichung.

8) Negatives Ergebniss bei Einathmung von 2procentigem Phenolspray.

Discussion: 1) Herr *Schær*, Professor der Pharmacie in Zürich, als Gast,
cht, anschliessend an obigen Vortrag, einige Angaben über die Empfindlich-
tsgrenzen der besprochenen Phenolreactionen und weist besonders auf die grosse
bilität der blauen Färbung der Ammoniak-Brom-Reaction hin, die namentlich
Controlreaction Werth hat.

Im Weitern wird an die schon erwähnten Anomalien bei der Phenolresorption
h innerlicher Anwendung von Carbolsäure hingewiesen und zweier bezüglicher
e der Versuchsreihe erwähnt, wo bei gleicher Tagesdosis dieses Medicaments
einen Falle kaum nachweisbare, im andern Falle ansehnlichere Mengen Phenol
Harn nachweisbar waren.

Endlich gibt derselbe noch einige chemische, auf die Phenolfrage bezügliche
terungen. Nach den maassgebenden Arbeiten *Baumann*'s ist als phenolliefernde
stanz der Carbolharne (wie übrigens auch des Herbivorenharns) das Kalisalz
r bisher noch unbekannt gebliebenen gepaarten Säure, der „Phenylschwefel-
e“ anzusehen, welches Phenolderivat nicht mit der sogen. Phenolschwefelsäure
Phenolsulfosäure zu verwechseln ist, deren Salze theilweise als Salia sulfo-
olica officinell sind. Es haben diese beiden Säuren, obwohl gleich zusammen-
zt, doch eine wesentlich verschiedene chemische Structur und unterscheiden
namentlich durch ihr Verhalten zu Mineralsäuren, indem die Salze der Phe-
lfosäure selbst bei Erwärmung nur sehr schwierig unter Phenolbildung zer-
werden, während dagegen die Phenylschwefelsäure unter gleichen Bedingun-
asch und vollständig gespalten und die entsprechende Menge Phenol entbun-
vird. In dieser Weise erklärt sich, dass die Carbolharne schon bei Destilla-
nit relativ kleinen Mengen Salzsäure oder Schwefelsäure das in ihnen ent-
ıe Phenol abgeben und so eine Bestimmung desselben im Destillate er-
chen.

ı der Literatur findet sich vielfach insofern einige Unklarheit, als die von
nn nach Untersuchung der „phenolbildenden Substanz“ des Harns zuerst ein-
rte Bezeichnung Phenylschwefelsäure nicht selten mit den Benennungen Phe-

nolschwefelsäure, Phenolsulfosäure, Sulfocarbolsäure und Sulfophenolsäure verwechselt wird, so dass letztere Namen an Stelle der erstgenannten Bezeichnung gesetzt werden.

Weitere Nachforschungen werden nun zu zeigen haben, ob die von *Baumann* in reinem krystallisirtem Zustande aus einzelnen Harnen dargestellte Kaliverbindung der Phenylschwefelsäure ganz allgemein als phenolbildende Substanz des Harns, d. h. sowohl der verschiedenen Thierharne, als des normalen und pathologischen Menschenharns, als endlich auch der nach Carbolsäure-Anwendung auftretenden „Carbolharne" zu betrachten ist und auf welche Weise die von dem Vorredner angeführten Abweichungen im chemischen Verhalten zu deuten sind.

Hinsichtlich näherer Details wird auf die demnächst in extenso erscheinende, von Prof. *Cloëtta* in Gemeinschaft mit dem Sprechenden zu publicirende Abhandlung verwiesen.

Herr *Knies* bemerkt, ob nicht vielleicht das Phenol den Körper an Glycocoll gebunden, analog der Hippursäure, verlasse?

Herr *Schær* erwiedert, dass so etwas wenigstens bis jetzt nicht bekannt sei.

Herr *Egli-Sinclair* erwähnt, als Beitrag zur Kenntniss der Dosis Phenol, welche eventuell vertragen wird, eines Falles, wo eine Wöchnerin 4—5 grmm. Carbolsäure resp. 1 Esslöffel voll spirituöser Carbollösung aa, eingenommen hatte, ohne dass mehr als Vergiftungssymptome nur mässigen Grades beobachtet werden konnten.

Als Gegensatz dazu beschreibt Herr *Rohrer* einen Fall, in welchem ein Pat. ein Glas zweiprocentiger wässriger Carbollösung eingenommen hatte und wohl nur durch die rasche Magenausspülung und Analeptica am Leben erhalten werden konnte.

Herr *Kaufmann:* Es ist gewiss, dass einzelne Individuen auf Carbol in dieser oder jener Form applicirt intensiver reagiren als andere. Er muss aber nach seinen Erfahrungen bei der Wundbehandlung vor Allem betonen, dass es ungemein auf die Qualität des verwendeten Carbols ankommt. Als in practischer Beziehung wichtigste Criterien eines reinen guten Carbols sind zu erwähnen zunächst die vollkommen klare 5% wässrige Lösung und sodann der relativ schwache Geruch. Auf diese beiden Momente macht *Lister* vor Allem aufmerksam. Das Carbol der hiesigen Apotheker entbehrt nun leider nur zu häufig diese beiden Eigenschaften; der Geruch ist gemeinhin ein sehr intensiver, bezüglich der Löslichkeit ist zu bemerken, dass nicht selten schon die 3% wässrige Lösung beim Schütteln sich intensiv trübt, da bei blosser Mischung des Carbols mit der nöthigen Quantität Wasser nur eine ganz verdünnte Carbollösung gebildet wird, während der grösste Theil des Carbols als Carbolsäurehydrat in Form einer öligen Flüssigkeit am Boden des Gefässes sitzt und durch Schütteln eine feinere Zertheilung erfährt, so dass eine Pseudoemulsion resultirt. Gerade deswegen, weil die Herstellung einer richtigen Carbollösung keine so leichte Sache ist, wie man sich dies gemeinhin vorstellt, sollte der Arzt wo immer möglich sich der vom Apotheker exact bereiteten Lösung bedienen und nicht, wie dies so häufig geschieht, das wünschbare Carbolwasser durch Mischung einer concentrirten alcoholischen oder Glycerin-

ollösung mit Wasser darstellen. Es resultirt dabei ein Carbolwasser, über
:n wirklichen Carbolgehalt man gar nichts weiss.
ſ. bemerkt noch, dass seitdem er sich der *Volkmann*'schen Methode der Liste-
in Form des antiseptischen comprimirenden Occlusiv-Verbandes bedient, er
irgendwie bedenklichen Folgezustände nach dem Carbolgebrauch beobach-
ınd glaubt, dass das Hauptprophylacticum gegen letztere in zweckmässiger
age der Wunde und energischer Compression des Verbandes bestehe, weil
rch verhindert werde, dass irgend nennenswerthe Quantitäten Carbolwasser
r Wunde zurückbleiben und hier zur Resorption gelangen.
[err *Schær* macht, in Beantwortung obigen Votums, zunächst darauf auf-
ıam, dass ihm die Art und der Inhalt der gefallenen Bemerkungen in ernst-
er Weise die Frage nahelege, ob es nicht an der Zeit sei, einen regern
nschaftlich-collegialischen Contact zwischen Aerzten und Pharmaceuten, die
edicinalpersonen gemeinsame Aufgaben verfolgen, zu ermöglichen, auf diese
: namentlich Verständigungen auf dem Gebiete der Receptur und Materia
a zu bezwecken und so beiderseits unpassend angebrachte Kritik zu verhin-
Er bemerkt, dass er Anregungen bezüglich einer dahin zielenden anderswo
bestehenden Einrichtung schon bei einzelnen Mitgliedern der Gesellschaft
ht habe und auch hoffe, dass die Sache gelegentlich im ärztl. Corr.-Bl. zur
ıe komme.
ɔeciell auf den Gegenstand übergehend, wurde die Richtigkeit der Angabe,
in Zürich überhaupt brauchbare Carbolsäure zu chirurgischer Anwendung
zu finden sei und in den Apotheken keine Säure gehalten werde, welche
5%ige Lösungen liefere, entschieden in Abrede gestellt. Prof. *Schær* con-
, dass er, von den heute gehörten Klagen schon vorher privatim in Kennt-
esetzt, schon vor einigen Wochen mehrere Carbolsäureproben aus verschie-
hiesigen Apotheken untersuchte und dabei fand, dass dieselben, worunter
lie seit Jahren in seiner Apotheke (zum Hammerstein) verwendete Säure,
hne Filtration durchaus farblose und klare, seit Wochen haltbare 5%ige
;en (1 : 19) ergaben, überdies auch sonst den hinlänglich strengen Anforde-
der Pharm. helv. entsprachen, an welche der Apotheker bei Beschaffung
Artikel gesetzlich gebunden ist.
schliesst selbstverständlich dieses Factum keineswegs aus, dass nicht da
rt eine Carbolsäure geringerer Qualität gehalten und unrichtiger Weise zu
en Verordnungen verwendet worden ist; ausserdem ist zu betonen, dass
tärkstmöglichen 5%igen Lösungen vorsichtig und lege artis bereitet sein
, um richtige Beschaffenheit zu zeigen. *Egli-Sinclair.*

Referate und Kritiken.

Mittheilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte.

egeben von Dr. *Struck*. Bd. I. Mit 14 photolithographischen Tafeln. Berlin, 1881.
Druck und Verlag der Norddeutschen Buchdruckerei und Verlagsanstalt.
Zu beziehen durch Louis Gerschel, Verlagsbuchhandlung.

vorliegende umfangreiche Publication enthält 14 grössere und kleinere Aufsätze,
stentheils in innerem Zusammenhange stehen. Gegenstand der meisten Aufsätze

nämlich sind: theils die pathogenen Microorganismen, theils die Mittel, welche diese Microorganismen vernichten (desinficirend wirken) oder doch deren Entwicklung hemmen (antiseptisch wirken). Den bedeutendsten Theil der wissenschaftlich und practisch gleich werthvollen Mittheilungen bilden die Arbeiten, welche der schon durch frühere Leistungen als Forscher auf diesem Gebiete bewährte Dr. *R. Koch* geliefert hat: Zur Untersuchung von pathogenen Organismen; zur Aetiologie des Milzbrandes; über Desinfection. Daran schliessen sich zwei unter *Koch*'s Anregung und Einfluss entstandene Untersuchungen: Experimentell erzeugte Septicämie mit Rücksicht auf progressive Virulenz und accommodative Züchtung, von Dr. *G. Gaffky*, sowie: Zur Immunitätsfrage, von Dr. *F. Löffler*. Mit einzelnen Desinfectionsmitteln beschäftigen sich: Dr. *G. Wolffhügel:* Ueber den Werth der schwefligen Säure als Desinfectionsmittel; *B. Proskauer:* Beiträge zur Bestimmung der schwefligen Säure in der Luft; Dr. *R. Koch* und Dr. *G. Wolffhügel:* Untersuchungen über die Desinfection mit heisser Luft; Dr. *Koch*, Dr. *Gaffky* und Dr. *Löffler:* Versuche über die Verwerthbarkeit heisser Wasserdämpfe zu Desinfectionszwecken; Dr. *G. Wolffhügel* und *G. v. Knorre:* Zu der verschiedenen Wirksamkeit von Carbolöl und Carbolwasser. Gleichfalls im Zusammenhang mit den vorgenannten Untersuchungen stehen noch die folgenden: Ueber das Verhalten ungeformter Fermente gegen hohe Temperaturen, von Dr. *F. Hüppe*, sowie: Ueber das Eindringen der Hitze in das Fleisch bei seiner Zubereitung, von Dr. *Wolffhügel* und Dr. *Hüppe*. Ausser Zusammenhang mit den übrigen Arbeiten stehen endlich die Aufsätze von Dr. *E. Sell:* Ueber Wasseranalyse, und Dr. *Preussé:* Ueber technische Grundlagen für die polizeiliche Controle der Milch.

Eine gleichmässige Besprechung des reichen Inhaltes ist natürlich nicht möglich und Ref. kann seine Berichterstattung mit um so mehr Recht beschränken, als sie nur den Zweck hat, Alle, welche sich für die Aetiologie und Prophylaxe der Infectionskrankheiten interessiren, auf das Studium des Originals aufmerksam zu machen.

Dr *R. Koch:* Zur Untersuchung von pathogenen Organismen.

Bei Erforschung der niedern Organismen für Zwecke der Gesundheitspflege handelt es sich in erster Linie darum, festzustellen, ob die fraglichen Organismen wirklich pathogen sind. Da im Blute und in den Geweben gesunder Menschen Bacterien bis jetzt nicht sicher nachgewiesen sind, so müssen Bacterien und andere Microorganismen — es könnten ja auch z. B. amöbenartige Wesen eine Rolle als Parasiten spielen — falls sie im Innern der Organe gefunden werden in Lageverhältnissen, die nur im lebenden Körper zu Stande kommen können oder falls sie gar das von ihrer Invasion betroffene Gewebe unverkennbar beeinflusst haben, als pathogen oder mindestens als verdächtig angesehen werden. Schwieriger ist die Entscheidung über die pathogene Eigenschaft der an der Oberfläche des Körpers und auf seinen Schleimhäuten (besonders im Darm) gefundenen Microorganismen. Es setzt dies vor Allem die noch fehlende genügende Kenntniss der im gesunden Körper schmarotzenden unschädlichen Microorganismen voraus.

Koch schildert den Nachweis der pathogenen Organismen in Flüssigkeiten und thierischen Geweben, welcher wesentlich beruht auf der Fähigkeit der Bacterien, gewisse Farbstoffe, besonders Anilinfarben, aufzunehmen — und betont sodann die Wichtigkeit der photographischen Abbildungen für die Erforschung der Microorganismen. „Wenn irgendwo eine rein objective, von jedem Voreingenommensein freie Auffassung nothwendig ist, so ist es auf diesem Gebiete.“ Dies wird nur durch die Photographie ermöglicht, welche den Microscopiker seinen eigenen Beobachtungen gegenüber zu strenger Controle zwingt und das Bild genau in der Einstellung, Vergrösserung und Beleuchtung wiedergibt, in der es sich bei der Aufnahme befand.

Koch konnte z. B. an den Photographien der von *Lewis* in Indien gefundenen Recurrensspirochaeten erkennen, dass nur die Anwendung einer im Verhältniss zur Stärke des Lichtes zu kleinen Beleuchtungsöffnung bei der Untersuchung den indischen Beobachter zu der irrigen Meinung verführt hatte, die indischen Spirochaeten seien dicker, als die europäischen. Die Untersuchung ächter indischer ergab *K.* in der That vollständige Uebereinstimmung mit den europäischen.

Mit Recht sagt *Koch:* „Eine allgemeine Anwendung der Photographie . . . würde eine grosse Zahl unreifer Publicationen gewiss verhütet haben.“

Sind die Microorganismen erkannt und als pathogen nachgewiesen, so erhebt sich die fernere Frage, ob sie auch infectiös, von einem Körper auf den andern über-

ar, sind. Dabei sind zu Versuchen zunächst Thiere derselben Art, wie die, von
ı das Infectionsmaterial herstammt, zu nehmen; bei menschlichen Krankheiten we-
ens Affen, die sich z. B. allein von allen Thieren für Recurrens empfänglich erwie-
ıaben. Im weiteren ist dann allerdings „die Reaction möglichst vieler verschiedener
arten gegen den Infectionsstoff zu prüfen" und vor Allem auch bei Exemplaren ver-
lenen Alters, da gerade bei Immunitätsversuchen grosse Irrthümer entstehen können,
junge und alte Thiere unter einander gemischt Infectionsversuchen unterworfen
n, gegen welche die ältern Thiere möglicherweise an sich schon immun waren.
Nach Schilderung des Modus der Uebertragung (Impfung, subcutane Injection etc.)
t *Koch* auf die Reincultur zu sprechen und verurtheilt unter Darlegung aller
chwer oder unvermeidlichen Fehlerquellen die bisher übliche Züchtungsweise. Die
chtung einer Kartoffelscheibe, auf der sich von den zufällig hingelangten Keimen
nfangs meist getrennte Colonien entwickelten, machte *Koch* auf die Vortheile eines
n Nährbodens aufmerksam. Durch Zusatz von Gelatine zu den Nährlösungen
er sich die nöthigen verschiedenen festen Nährsubstrate dar; auf diesen wird mit
ı Schnitten, ähnlich wie bei der Vaccination, die Aussaat der zu züchtenden Or-
nen vorgenommen.
ei den zahlreichen von *Koch* ausgeführten Versuchsreihen ist es ihm nie begegnet,
einer dieser Organismen irgendwie erkennbare Veränderungen in seinen Eigen-
n hätte erkennen lassen." Sie behielten sämmtlich auch nach Monaten ihre äus-
Kennzeichen und ihre physiologischen Eigenschaften bei, so dass *K.* entschieden den
usspricht, „dass alle diejenigen Bacterien, welche auf demselben Nährboden und
ibrigens gleichen Verhältnissen durch mehrere Umzüchtungen oder sog. Generatio-
e Eigenschaften, durch welche sie sich von einander unterscheiden, unverändert
ılten, auch als verschieden anzusehen sind, mag man sie nun als Arten, Varietäten,
ı, oder wie man sonst will, bezeichnen." Dies im Gegensatz zu den Bestrebungen
llier bis *Nägeli* und *Buchner*, „die, wie doch nun einmal nicht abzuleugnen ist, in
ligenschaften sehr verschiedenen Bacterien unbesehen in einen Haufen zusammen
fen."
ch schildert schliesslich noch die Untersuchung der Luft und des Bo-
des Wassers, des Staubs etc. auf ihre entwicklungsfähigen Keime. Er
dabei u. A. constatiren, „dass der Reichthum an Microorganismen im Erdboden
r Tiefe zu sehr schnell abnimmt und dass kaum einen Meter tief der nicht um-
e Boden fast frei von Bacterien ist" (!). Es ging das allerdings nur aus weni-
Winter gemachten, Untersuchungen hervor. „Doch müssten, wenn nach der jetzt
gültigen Annahme im Grundwasser und den diesem benachbarten Erdschichten
s Leben von Microorganismen und wenn auch nur im Sommer stattfindet, die
men dieser Organismen daselbst zurückbleiben und sich, ebenso wie sie in den
chichten leicht nachzuweisen sind, auch in den untern selbst im Winter auffinden
Da das aber nicht der Fall ist, so scheint es mir überhaupt fraglich, ob in den
Bodenschichten viele Microorganismen existiren."
ser Arbeit hat *Koch* 14 photolithographische Tafeln mit je 6 Bildern beigefügt,
Abbildungen der verschiedenartigsten Microorganismen zum Theil mit vollendeter
keit geben. Wir erwähnen darunter nur Photogramme der *Eberth*'schen Typhus-
welche schon vor *Eberth*'s Veröffentlichung angefertigt wurden. Die von *Klebs*
en Bacillen hält *Koch* im Gegensatz zu *Klebs* nicht für identisch mit den *Eberth*-
la sie sich durch ihre Form unterscheiden und die von *Klebs* gefundenen „nur
ne Darmpartien in Beschlag nehmen", während die *Eberth*'schen Bacillen „überall
ınern Organen verbreitet gefunden werden"; was die Wahrscheinlichkeit erhöht,
tere „mit dem Typhus abdominalis in einem ursächlichen Zusammenhange

R. Koch: Zur Aetiologie des Milzbrandes. *Koch* recapitulirt zunächst
rigen, wesentlich auf seinen Arbeiten (in *Cohn*'s „Beiträge zur Biologie der
Bd. II) beruhenden Stand unserer Kenntnisse über Milzbrand. Er entdeckte,
vor ihm bekannten Milzbrandstäbchen in Nährlösung zu Fäden auswachsen
in welchen sich weiterhin Sporen bilden, welche nach dem Zerfall der Fäden
ben und, wiederum in Nährlösung gebracht, auskeimen, von Neuem zu Stäbchen

und langen Fäden heranwachsen. Während die Bacillen selbst in trockenem Zustande nur wenige Tage lebensfähig bleiben, erwiesen sich die Sporen als sehr resistenzfähig. „Weder jahrelange Trockenheit, noch monatelanger Aufenthalt in faulender Flüssigkeit, noch wiederholtes Eintrocknen und Anfeuchten vermag ihre Keimfähigkeit zu zerstören. Wenn sich diese Sporen erst einmal gebildet haben, dann ist hinreichend dafür gesorgt, dass der Milzbrand auf lange Zeit in einer Gegend nicht erlischt." Wenn sich nun auch deren Entwicklung im Innern eines Cadavers nicht beobachten liess, offenbar wegen Sauerstoffmangel, so lag für ihr Entstehen in den der Luft zugänglichen Körperöffnungen und in den blutigen Abgängen von Thieren in feuchtem Boden Gelegenheit genug vor und es blieb wesentlich noch die Frage, ob sich Milzbrandsporen auch im lebenden Körper bilden; dieser Frage fügt *Koch* jetzt noch die weitere bei, ob die Milzbrandbacillen für gewöhnlich ihren Entwicklungsgang ausserhalb des thierischen Körpers durchmachen, ähnlich, wie z. B. die Erysipelasmicrococcen oder die Bacillen der Mäusesepticämie. Für die Vermuthung, dass wirklich das Eindringen der Milzbrandbacillen in den Thierkörper nur als gelegentliche Excursion eines für gewöhnlich für seine Existenz auf einen derartigen Parasitismus nicht angewiesenen Microorganismus könnte aufzufassen sein, bringt *K.* am Schluss seines Aufsatzes mehrfache Anhaltspuncte bei.

Den Hauptinhalt der Arbeit aber bildet die Bekämpfung der Entdeckungen von *Pasteur* und *Buchner*. *Koch* betont, „dass es noch andere Infectionskrankheiten gibt, welche die grösste Aehnlichkeit mit Milzbrand haben und mit diesem leicht verwechselt werden können" und charakterisirt speciell eine solche, für welche er den Namen „malignes Oedem" vorschlägt; dieselbe ist identisch mit der durch die Vibrions septiques *Pasteur*'s erzeugten und irrthümlich „Septicämie" genannten Krankheit. An der *Pasteur*'schen Lehre von der Milzbrandätiologie ist nach *K.* „nur Weniges neu und dieses Neue beruht auf Irrthümern", so u. A. die auf Fütterungsversuche gestützte Behauptung, dass der spontane Milzbrand fast immer von Verletzungen der obern Digestionswege ausgehe. *Koch* bestreitet aus mehrfachen Gründen die Beweiskraft jener Fütterungsversuche und weist nach, dass die Thatsachen für Körperoberfläche und Darm als gewöhnlichste Infectionsstellen sprechen.

Zum Transport der in der Erde ruhenden Sporen auf das Futter der Thiere nahm *Pasteur* bekanntlich die Regenwürmer in Anspruch. Diese sind aber unnöthig, wenn die Sporen schon auf der Oberfläche sind, wie z. B. in einem Versuche *Pasteur*'s, wo ein Hammel auf derselben Stelle, wo er gefallen war, secirt und begraben wurde, so dass der Boden vor dem Begräbniss genügend mit Keimen verunreinigt sein konnte. *Koch* weist aber ferner aus Beobachtungen der Berliner Bodentemperatur nach, „dass die Sporenbildung im mittlern Deutschland selbst in einer mässigen Tiefe nur an vereinzelten Stellen und nur während einer kurzen Zeit im Jahre stattfinden kann." Endlich fielen directe Versuche mit Regenwürmern durchaus zu Ungunsten von *Pasteur*'s Theorie aus.

Ebenso negativ verhält sich *Koch* gegen die *Buchner*'sche Umzüchtung der Milzbrand- in Heubacillen und umgekehrt. „Die Veranlassung zu dieser Arbeit hat" — so urtheilt *Koch* — „anscheinend weniger das Bestreben gegeben, die Milzbrandätiologie zu fördern, als die Absicht der *Nägeli*'schen Lehre von der binnen verhältnissmässig kurzer Zeit sich vollziehenden Anpassung der Microorganismen an ihnen bis dahin fremde Verhältnisse und von der Umwandlung aus einer Form in eine andere ein recht eclatantes Beispiel zu liefern."

Um es kurz zu sagen, so führt *K.* die angebliche Umwandlung der Milzbrand- in Heubacillen auf Verunreinigung der *Buchner*'schen Culturen zurück, weil die von *Buchner* benützte Lösung von *Liebig*'schem Fleischextract sehr schwer sterilisirbar ist, so dass Verunreinigungen mit andern Bacillen von vornherein wahrscheinlich sind und weil sowohl milzbrandähnliche Bacillen als Heubacillen in Luft, Staub etc. verbreitet vorkommen. Bei *Koch*'s eigenen Untersuchungsreihen erwiesen sich die Milzbrandbacillen in 50, einmal sogar in 115 Umzüchtungen binnen 7 Monaten ohne irgendwelche Aenderung. Die Umzüchtung von Heu- in Milzbrandbacillen nahm *Buchner* in nicht sterilisirtem Blute vor, in welchem schon nach 24 Stunden auch andere Bacterien auftraten. Einspritzungen von bacterienhaltigem Blute haben aber oft bei Versuchsthieren „malignes Oedem" zur Folge, eine Affection, die, wie schon erwähnt, mit Milzbrand leicht zu verwechseln ist. Möglicherweise kann auch ein anderer, bisher noch nicht genauer studirter pathogener

llus in die *Buchner*'schen Culturen gerathen sein und nachher Milzbrand vorgetäuscht n.

Koch erklärt am Schlusse ausdrücklich, er sei kein „principieller Gegner der Lehre der Umzüchtung einer Art in eine andere nah' verwandte Art" [1]) und halte daher h die Abänderung pathogener Organismen in unschädliche und umgekehrt für nicht ›r dem Bereich der Möglichkeit liegend". Nur verlangt er bei der ausserordentlichen weite einer solchen Thatsache, dass sie in exacter Weise bewiesen und über jeden fel erhaben sei.

Dr. *G. Gaffky.* Experimentell erzeugte Septicämie mit Rück- ıt auf progressive Virulenz und accommodative Züchtung. die vorige, so widerspricht auch diese Arbeit den von andern Forschern behaup- Erfahrungen über Accommodation und Umzüchtung niederer Organismen.

„Septicämie" ist ein Sammelname für verschiedene wohlcharakterisirte Krank- ı; z. Th. wird auch nicht hieher Gehöriges mit diesem Namen bezeichnet, wie z. B. epticämie *Pasteur*'s. Dagegen hält *Gaffky* die durch Impfung von Lyssaspeichel er- e „maladie nouvelle" *Pasteur*'s in Uebereinstimmung mit *Colin* für eine Form von ämie, und zwar wahrscheinlich für identisch mit der von ihm experimentell erzeug- ıd in der vorliegenden Arbeit genauer beschriebenen.

)ie bei Weiterimpfungen eintretende progressive Steigerung der Virulenz des septi- chen Blutes, wie sie auf Grund der *Davaine*'schen Experimente angenommen wurde, itet *Gaffky* und weist auf Grund eigener Versuche und der Originalmittheilungen *e*'s nach, „dass schon in der 1. oder spätestens in der 2. Generation die volle ız erreicht wird . . . mit andern Worten, sobald das Blut eine Reincultur der die imie bedingenden Bacterien darstellt", womit die von *Koch* schon in seinen „Unter- gen über die Aetiologie der Wundinfectionskrankheiten" gewonnenen Ergebnisse ıstimmen. Ebenso bestreitet *G.* die für den Uebergang morphologisch verschiede- altpilze in einander angeführten experimentellen Beweise als nicht stichhaltig und gegenüber der von *Wernich* auf Grund von Versuchen mit Micrococcus prodigiosus teten Abschwächung und Steigerung der physiologischen Function dieser Organis- ırch accommodative Züchtung zum Resultat, es bedeute auch hier, wie bei den nischen Bacterien, das „Degeneriren der Ansteckungsfähigkeit", Ueberwuchern remde Organismen, während die höchste Steigerung der Virulenz identisch sei mit ncultur. Auch die von *Grawitz* durch systematische Züchtung bewirkte angebliche dlung harmloser Schimmelpilze in Krankheitserreger beruht nach *Gaffky* auf einer inigung der *Grawitz*'schen Culturen „durch Pilze, welche an und für sich die Fä- besassen, im lebenden Thierkörper auszukeimen und die in Frage stehenden tödt- Iykosen zu erzeugen."

ky's Arbeit schliesst mit dem Satz: „Die pathogenen Spaltpilze sind specifische welche nur aus ihresgleichen hervorgehen und welche nur ihresgleichen wieder ı."

F. Löffler. Zur Immunitätsfrage. Die Arbeit *Löffler*'s bezweckt zur rtung der Grundfrage: „Gibt es Bacterienkrankheiten, deren einmaliges hen gegen eine Reinvasion schützt?" Material beizubringen. Bekannt sind uche bei Hühnercholera (*Pasteur*), Milzbrand (*Pasteur*, *Toussaint* etc.), Mycosis as- a (*Grawitz*) Immunität zu erzeugen, bei Hühnercholera und Milzbrand durch Im- it einer künstlich hergestellten weniger virulenten Varietät des betreffenden pa- Organismus, bei der Mycosis durch Einspritzung von noch nicht zu voller Ma- ıerangezüchteten Pilzsporen oder aber von sehr geringen Dosen der ganz malig- en. Unter einlässlicher Erörterung der möglichen Fehlerquellen bestreitet *Löffler* eiskraft der bezüglichen Arbeiten und kommt seinerseits zum Resultat, das ein- eberstehen von Milzbrand, malignem Oedem, Recurrens verleihe überhaupt keine t, so wenig als dies bei Erysipelas, Puerperalfieber etc. der Fall sei. Dagegen n der Mäusesepticämie *Koch*'s eine Bacterienkrankheit, „deren einmaliges Ueber- hutz verleiht, nach Ablauf einer gewissen Zeit, gegen eine zweite Infection, ch demnach genau so verhält, wie die wirklichen Infectionskrankheiten, Pocken,

---

Vas ihm *Grawitz* (berliner klin. Wochenschr 1881, pag. 658) trotzdem zumuthet.

Masern, Scharlach.“ Bemerkenswerth ist dabei, dass unter zahlreichen Versuchen zweimal nach 4 und 5 monatlicher Immunität wieder Empfänglichkeit eintrat. *Lotz.*

(Schluss folgt.)

Die Herstellung und Anwendung seiner Stickstoffinhalationen gegen Lungenkrankheiten erläutert von Dr. *Treuller.* Dresden, E. Piersons Buchhandlung.

Es ist bekanntermaassen immer eine missliche und schwierige Aufgabe, wissenschaftliche und ganz besonders medicinische Fragen in einer Weise zu besprechen, dass das Interesse nicht nur der Aerzte, sondern auch des Publicums für dieselben angeregt und letzterem zum Verständniss gebracht werden. In vorliegender Broschüre bemüht sich nun der Verfasser, in einer Jedermann zugänglichen Form, wie er sagt, seine Methode der Stickstoffinhalationen, deren Bedeutung und Anwendungsweise den dabei interessirten Collegen und dem leidenden Publicum vorzuführen, damit beiden Theilen Gelegenheit gegeben werde, sich ein selbstständiges Urtheil über den Werth des Verfahrens zu bilden. Er thut das im Interesse der leidenden Menschheit, selbst auf die Gefahr hin, die Existenz seiner Anstalt zu gefährden.

Da die bisher geübten Darstellungsweisen des N. zu kostspielig, umständlich und zu wenig ergiebig waren, bestrebte sich Verf., der atmosphärischen Luft ihren O. auf kaltem Wege und möglichst ununterbrochen zu entziehen. Er liess atmosphärische Luft langsam durch mit Fe.O. $S.O_3$ (Eisenvitriol) befeuchtete Eisenspähne streichen, wodurch dieselbe sich ziemlich vollständig desoxydirte. Das Eisen oxydirt durch Vermittlung des Fe.O. $S.O_3$ und wirkt zugleich auf dieses reducirend so lange ein, als metallisches Fe. vorhanden ist. Den hierbei frei werdenden N. sammelte er zunächst in grossen Gasometern und führte ihn von dort den Inhalationsapparaten zu. Da aber auch dieser Vorgang zu complicirt erschien, construirte er einen Apparat, welcher es ermöglichte, dass während des Inhalirens und durch dieses selbst so viel Luft durch denselben gezogen wird, als man beim Inhaliren N. verbraucht. Als Inhalationsapparat wird ein pneumatischer Doppelapparat verwendet.

Ueber die Construction des Apparates erfährt man nichts Näheres, weil Verf. ein Patent gelöst hat, um, wie er sagt, zu erreichen, dass die Methode zunächst den Aerzten allein erhalten bleibe und dadurch einer weiteren ärztlichen Prüfung, welcher sie zu segensreicher Entwicklung durchaus noch bedürfe, unterzogen werde. Angefertigt werden die Apparate nur durch Herrn J. A. Schmidt in Dresden und beträgt der Preis 200 Mk. nebst einmaligem Patentbeitrag von 150 Mk. für Aerzte.

Selbstverständlich versucht Verf. auch eine physiologische Begründung der N.-Inhalationswirkung im Vergleiche mit andern üblichen Curmethoden; man kann jedoch nicht sagen, dass er dabei glücklicher gewesen sei, wie Andere. Unbedingt Recht hat er freilich, wenn er sagt, dass einerseits die seither gegen Phthisis verwendeten Methoden (Brunnencuren, diätetische Curen, Gymnastik, klimatische Curen u. s. f.) nur zu häufig ungenügende Resultate ergeben, andererseits auch der grösseren Masse der Leidenden nicht zugänglich seien, dass es somit höchst wünschenswerth erscheine, ein neues wirksames und bequemes Verfahren zu ersinnen; den Beweis dafür, dass in der N.-Inhalation dieses Verfahren gefunden sei, bleibt er uns aber schuldig.

Schon die physiologischen Sätze, welche er seiner Beweisführung zu Grunde legt, sind nicht ganz stichhaltig, wie beispielsweise folgende:

„P. 12, Satz 4. Das constante Verhältniss des CO_2 zum O. ändert sich sofort beim modificirten Athmen. Beschleunigtes Athmen vermehrt, Tiefathmen vermindert die O.-Aufnahme.“

Diesem Satze gegenüber beweist uns *Landois* in seiner Physiologie des Menschen (p. 244), dass Zahl und Tiefe der Athemzüge auf die Verbrennungsvorgänge im Körper, auf die CO_2-Ausscheidung, — da diese in nahezu constantem Verhältniss zur O.-Aufnahme steht — auf die O.-Aufnahme so gut wie keinen Einfluss habe, was a priori schon einleuchtend ist, da sowohl O.-Aufnahme als CO_2-Abgabe chemische Processe und von Druckverhältnissen beider Gase unabhängig sind. Vielmehr wird sowohl O.-Aufnahme wie CO_2-Abgabe nach *Pflüger*'s classischen Untersuchungen nur durch die Zelle selbst regulirt und weder durch die Spannung des Aortensystems, noch die Geschwindigkeit

lutstromes, noch den Modus der Herzarbeit, noch endlich durch den Modus der Re-
on bestimmt.
'a ferner nach *Landois* p. 253 Thiere noch völlig ruhig ein Luftgemisch athmen, in
:m nur 14,8% (20,8 Vol.-Proc. ist der Normalgehalt der Luft) an O. sind, der
h überhaupt nur ca. 4,8 Vol.-Proc. O. beim Athmungsprocess verbraucht, und die
ımungsluft noch ca. 14—18% O. enthält, so erscheint eine solche Veränderung des
ıaltes der Einathmungsluft (5%), wie sie bei den N.-Inhalationen angenommen
ı (Allg. medicinische Central-Zeitung, Jahrgang 1880, IL., 21 Stücke. *Brügelmann*
ılationen), von vornherein irrelevant für die Brauchbarkeit dieser Luft.
n unglücklichsten für den Beweis der Zweckmässigkeit der N.-Inhalationen scheint
tz 12, p. 13 zu sein: „Eine erhebliche Verminderung der O.-Zufuhr hat beschleu-
Eiweissgehalt unter vermehrter Fett- und Harnstoffbildung zur Folge." Gewiss
dem Verf. selbst nicht ein, unsere Phthisiker auf Kosten ihres Gewebs-Eiweisses
machen. Da wir nun allerdings (cf. *Landois* pag. 449 und 46) bei Verminderung
Gehaltes der rothen Blutkörperchen einen schnelleren Zerfall der Eiweisskörper
Folge dessen eine stärkere Harnstoffabfuhr und bei Verminderung des Hämoglobin-
des Blutes eine vermehrte Fettbildung haben, so wird es uns doch wohl nicht
Sinn kommen, diese Fettbildung auf Kosten des Gewebs-Eiweisses zu forciren.
lich verwechselt, wie es scheint, der Verf. Ursache mit Wirkung, wenn er die
er beschleunigte Oxydation, Stoffumsatz und Abzehrung aus der gesteigerten Re-
zu erklären versucht, eine Ansicht über das Fieber, die mit der heutzutage all-
ınerkannten in directem Widerspruche steht. Fieber ist nach *Schüppel* eine allge-
nährungsstörung mit dem Charakter des gesteigerten Stoffwechsels, eine Störung
ılirung der Wärmebilanz, wobei die grössere Masse der zerfallenden Spannkräfte
:r in Wärme und zum geringsten in lebendige Arbeitsleistung umgesetzt werden.
t viel glücklicher in Bezug auf theoretische Begründung des Verfahrens sind
utoren, z. B. *Kohlschütter* und *Brügelmann* gewesen, wenn auch der letztere (siehe
ı Hauptnachdruck nicht mehr auf das durch O.-Hunger hervorgerufene tiefere
nd die dadurch bedingte bessere Ventilation der Lungen allein legen will, son-
dem eingeathmeten N. eine ganz bedeutende Rolle zuschreibt, indem dadurch
rechsel verlangsamt, der Fettansatz befördert werde. Wir werden uns daher
eiteres damit begnügen müssen, anzunehmen, dass die Erfahrung den günstigen
er N.-Inhalationen bei gewissen Formen chronischer Lungenerkrankungen, Ca-
sonders der Spitzen, mässigen Infiltrationen und chronischen pleuritischen Ex-
weise, dass andererseits aber auch die beschleunigte Schmelzung der Entzün-
ıcte unter Umständen gefährlich werden könne. Der fortgesetzten Forschung
och vorbehalten, die speciellen Indicationen und Contra-Indicationen festzu-

chen Versuchen ist der *Treutler*'sche Apparat ganz geeignet, wenn es sich auch
en lässt, dass länger fortgesetzte Inhalationen, wie sie in den Inhalations-
macht werden können, von vornherein als wirksamer und zweckmässiger er-
issen. Dr. *v. Corval.*

Ueber die mechanische Behandlung der Larynxstenosen.

Hack. (Nr. 152 der *Volkmann*'schen Vorträge.) Leipzig, Breitkopf & Härtel.
ıdige Stricturen der Larynxhöhle, meist chronischer Entwicklung, wurden
ı fünfziger Jahren nach vorangegangener Tracheotomie durch Einführung von
Munde aus zu beseitigen gesucht. Erst die Verwendung solider conischer
ı *(Trendelenburg)* war einigermaassen wirksam, und *Schrötter* war der erste,
ahin brachte, seine Patienten von der fatalen Trachealcanüle wieder zu be-
:rhin ist die Einlegung der Zinnbolzen vom Munde aus nicht leicht, da sich
cheotomie die Epiglottis meist senkt und die Energie der Glottisöffner ab-
: Schwierigkeit kann auch durch Dilatation der Strictur von der Tracheal-
cht gut umgangen werden, da die von unten heraufgetriebenen Bolzen nicht
Am sichersten ist daher die Methode, mit Hohlbougies von oben her und
orangehende Tracheotomie die Erweiterung an Hand zu nehmen. *Schrötter*
mit hohlen Hartcaoutchoucprismen von verschiedener Stärke Ausgezeichne-

tes erzielt, namentlich bei chronisch entzündlichen Verengerungen. Dass das Verfahren aber auch bei acut sich entwickelnder Larynxstrictur geradezu lebensrettend wirken könne, setzt nun *Hack* im vorliegenden Vortrage im Auschluss an die Erörterungen über die Geschichte der Methode auseinander, indem er einen tertiär syphilitischen Patienten der chirurgischen Klinik in Freiburg dadurch von Suffocation errettete, dass er zwischen die œdematös geschwollenen Taschenbänder noch im letzten Momente eine *Schrötter*'sche Hohlbougie einführen konnte. Schon nach zwei Tagen war er im Stande, von Nr. 5 auf Nr. 11 der Bougiescala zu steigen und damit die Nothwendigkeit einer Tracheotomie zu umgehen. *Hack* empfiehlt, auf diesen Erfolg gestützt, das Verfahren auch für Larynxœdem, für Abscess des Larynx, hæmorrhagische Infiltration der Larynxsubmucosa, Fracturen der Kehlkopfknorpel, ja sogar für Laryngospasmus und für Glottisstenose durch Lähmung der abducirenden Stimmbandmuskeln, nur für den Croup erwartet er keinen Nutzen davon, weil bei den kleinen Patienten die laryngoscopische Controle nicht genügend durchzuführen sei. Die Erfahrung wird lehren, wie weit diese Umgehung der palliativen Tracheotomie ausführbar ist. Für beide Verfahren bereit zu sein, ist vorläufig wohl das Beste. Dr. *Rud. Meyer-Hüni.*

Cantonale Correspondenzen.

St. Gallen Ueber den Sanitätsdienst bei der Divisionsübung der VII. Armeedivision. Mit vollem Rechte wurde die Divisionsübung der VII. Armeedivision als ein Prüfstein der neuen Armeeorganisation bezeichnet, da in der bezeichneten Uebung nur Mannschaften zum Dienste verwendet wurden, welche ihre militärische Ausbildung der Militärorganisation von 1874 verdanken. Diese Beziehung hat aber auch auf die Sanitätsmannschaft der VII. Armeedivision ihre volle Berechtigung, da auch bei jener nur die Jahrgänge von 1853—1860 zur Dienstleistung zugelassen wurden.

Die sanitarischen Eintrittsmusterungen, welche einige Stunden vor dem Besammeln des Corps angesetzt waren, gaben den Sanitätsofficieren schon reichlich Gelegenheit zur Arbeit.

Bei einem Total-Einrückungsetat von circa 11,275 Mann stellten sich zur sanitarischen Untersuchung von

der Cavallerie	11	Mann	=	3,09%	der Eingerückten,
„ Infanterie	651	„	=	7,42 „	„ „
„ Feldartillerie	128	„	=	13,73 „	„ „
dem Divisionsparke	23	„	=	16,91 „	„ „
„ Geniebataill. u. den Infanteriepionieren	51	„	=	9,15 „	„ „
der Sanität	15	„	=	12,19 „	„ „
dem Trainbataillon	23	„	=	7,61 „	„ „
der Verwaltungscompagnie	11	„	=	12,94 „	„ „
	913	Mann	=	8,09%	der Eingerückten.

Hievon wurden entlassen bei der Cavallerie 1 = 0,28%, bei der Infanterie 378 = 4,30%, bei der Feldartillerie 65 = 6,97%, bei dem Divisionspark 9 = 6,61%, bei dem Geniebataillon und den Infanteriepionieren 25 = 4,57%, bei der Sanität 3 = 2,43%, bei dem Trainbataillon 12 = 3,97%, bei der Verwaltungscompagnie 6 = 7,05%. Total 499 Mann = 4,42% der Eingerückten. Von diesen wurden 201 als zeitweise und 298 als für längere Zeit entlassen bezeichnet. Die Letztern wurden fast alle zu den divisionsärztlichen sanitarischen Herbstuntersuchungen citirt.

Von Scabies wurde nur ein Fall beobachtet.

Von den Besammlungsplätzen, welche nicht überall mit Corpsübungsplätzen übereinstimmten, kamen die Truppen in die eigentlichen Corpsübungsplätze, um dort ihren Vorkurs zu bestehen. Diese Plätze lagen ziemlich weit auseinander und betrafen folgende Ortschaften: Cavallerie und Guiden in St. Gallen und Wil, Infanterie und Schützen in Pfyn, Mülheim, Frauenfeld, Islikon, St. Gallen, Herisau und Gossau; Feldartillerie in Frauenfeld und Zürich, Divisionspark in Winterthur, Geniebataillon in Brugg, Infanteriepioniere in Wil, Feldlazareth in St. Gallen, Verwaltungscompagnie in Wil, Trainbataillon in St. Gallen.

Vom Einrückungstage an wurden sämmtliche Sanitätsmannschaften unter die sanita-
ıche Oberleitung des Divisionsarztes gestellt, der vom 26. August an sich im Haupt-
ıartier in Wil befand.

Zur Evacuation von erkrankter Mannschaft wurden für folgende Waffenplätze folgende
ıitäler bezeichnet: Brugg — Königsfelden; Zürich — Cantonsspital; Winterthur —
nwohnerspital; Islikon, Frauenfeld, Pfyn, Mülheim, Einwohnerspital Winterthur, auch
ankenanstalt Frauenfeld; Wil — Gemeindekrankenhaus; Gossau und Herisau — Kran-
nhaus Herisau; St. Gallen und Bischofszell — Cantonsspital St. Gallen.

Für den Divisionszusammenzug stand folgende Bettenzahl zur Verfügung:

Im Cantonsspital St. Gallen	4—8	Betten	für	Officiere,	40—48	für	Soldaten,
„ Krankenhaus Herisau	8	„	„	„	25	„	„
„ Einwohnerspital Winterthur	5	„	„	„	15	„	„
„ Cantonsspital Münsterlingen	3	„	„	„	20	„	„
in der Krankenanstalt Frauenfeld	—	„	„	„	6—7	„	„
	20—24	Betten	für	Officiere,	106—115	für	Soldaten.

Die Unterkunft der Truppen fand während des Vorcurses in Cantonnementen und
ıernen, während den Manövern ausschliesslich in Cantonnementen statt. Vom Bivouak
rde ganz abgesehen. Die Cantonnemente wurden grösstentheils als gut bezeichnet,
nentlich in den rein agricolen Gegenden des Mittelthurgaues, in Mülheim, den agricol-
ustriell gemischten stattlichen Dörfern des Untertoggenburgs.

In sämmtlichen Cantonnementen erhielten die Truppen eine Wolldecke und in ein-
ıen Fällen sogar zwei.

Hingegen wurde ernstlich über schlechte Abortverhältnisse in der Caserne Frauen-
geklagt.

Von allgemein sanitarischen Anordnungen, wie Baden, musste Umgang genommen
den, da die Witterung von Ende August bis 5. September nasskalt und an höhern
ın sogar mit leichtem Schneefall begleitet war.

Die Corps-Sanitätsofficiere unterliessen jedoch nicht, die Mannschaft durch Vorträge
· Gesundheitspflege zu belehren und haben dieselben auch von ihren militärischen
gesetzten bereitwillig die gewünschte Zeit erhalten, um so mehr, als das anhaltende
enwetter die Truppen vielfach am Ausrücken hinderte.

Ueber die Verpflegung der Truppen herrschte nur eine Stimme der Anerkennung.
von der Verwaltungscompagnie gelieferte Fleisch war tadellos, das in den eisernen
ın neuester Construction gebackene Brod erfreute sich seines trefflichen Geschmackes
en allgemeinen Lobes. Bei der Cavallerie und Artillerie waren fahrende Küchen im
rauch, deren Bequemlichkeit anerkannt wurde. Weitere Erfahrungen stehen noch aus.

Die Sanitätsbehörde des Cantons St. Gallen hatte in verdankenswerther Weise den
onschemiker schon vor Beginn der Divisionsübung in alle Gemeinden, welche von
Truppen berührt wurden, abgeordnet, um in Verbindung mit den Ortsgesundheits-
nissionen namentlich über die Lebensmittel genaue Controle zu üben. Mehr als 100
hschaften wurden inspicirt.

Hiebei wurden 21 Weinsorten als schlecht oder gefälscht entdeckt. Während der
ionsmanöver siedelte der Cantonschemiker nach Wil über und installirte ein kleines
ratorium.

Auf die 30 ambulanten Wirthschaften, welche vom Polizeidepartement die Erlaubniss
Ausschank erhielten, wurde besonders ein wachsames Auge gerichtet und konnten
wirklich 4 Weinsorten aus diesen Wirthschaften theils als gänzlich verdorben, theils
us Trübwein und Tresterwein zusammengeschüttet constatirt werden. Selbstver-
lich folgte sofortiger Entzug der Schenkerlaubniss. Der eidgenössische Schoppen
e als schwacher dünner Wein befunden, aber gesund und angenehm und bei den
ıen sehr beliebt.

Vom Sanitätsmaterial wurden den Corps ausser der persönlichen Ausrüstung mitge-
per Bataillon 2 Sanitätstornister und 4 Tragbahren, per Regiment 1 Sanitätskiste
ataillone.

Das Sanitätspersonal der ganzen Division bestund aus 54 Aerzten, 5 Quartiermei-
4 Apothekern, 28 Unterofficieren, 96 Krankenwärtern, 199 Krankenträgern = 386
= 3,5% der Gesammtstärke (11,000).

Am 1. September rückte das Feldlazareth (Chef: Major *Albrecht*), aus 4 Ambulancen bestehend, Nr. 32, 33, 34 und 35) zum Vorcurs unter dem Commando des Oberinstructors, Oberstlt. *Göldlin*, in St. Gallen ein.

Der sehr reichlich bedachte Unterrichtsplan sorgte dafür, dass den Curstheilnehmern kein Moos unter den Füssen wachsen konnte. Soldatenschule, innerer Dienst, Corpssanitätsdienst, Ambulancendienst, Sanitätsorganisation, Sanitätsreglement brachten theils mehr oder minder angenehme Abwechslung in den Curs.

Am 3. September kamen von den Infanteriebataillonen der Bataillonsarzt mit sämmtlichen Trägern und den überzähligen Wärtern gleichfalls zum Vorcurs nach St. Gallen, so dass nur der Assistenzarzt mit je einem Wärter per Compagnie beim Bataillone verblieb.

Leider war der Platz für die nun auf über 200 angewachsene Schule zu beengt, zumal das beständige Regenwetter den Unterricht im Freien verunmöglichte.

Von noch grösserem Uebelstande aber namentlich für die commandirenden Officiere war die leidige Thatsache, dass die Bespannung für die Ambulancen nicht erhältlich war; trotz allen Reclamationen erfolgten nur Versprechungen und Vertröstungen, aber keine Pferde.

Am 7. September schloss der sanitarische Vorcurs für das Corpssanitätspersonal und kehrten dieselben nach blos 3tägigem Vorcurs zu ihren Corps zurück.

Aber auch zwei Ambulancen erhielten Befehl, am 7. September von St. Gallen abzurücken und an den Brigademanövern im Toggenburg Theil zu nehmen; die Ambulance Nr. 35 folgte dann dem 28. Regimente auf seinem Marsche in's Toggenburg, die Ambulance Nr. 32 dem Regimente 27 nach Wil.

Am Abend des 7. September war so ziemlich die ganze Division um Wil in einer Entfernung von ringsherum 1—1½ Stunden cantonnirt.

Die Ambulance Nr. 32 etablirte das Aufnahmsspital Nr. I in Wil, bestehend aus einem Hauptgebäude, welches zur Aufnahme von Schwerkranken und Kranken und einem Nebengebäude, welches zur Aufnahme von Maroden bestimmt wurde. Das Hauptgebäude enthielt einen Saal mit 15—20 Betten, dabei einige einzelne Zimmer für Officiere zur Verfügung und Localitäten für die dienstthuenden Aerzte und Apotheker. Im Nebengebäude war ein grosser Saal mit Cantonnementseinrichtung.

Die Ausscheidung von Kranken und Maroden wurde strenge durchgeführt und hat sich trefflich bewährt. Beide Gebäude lagen überdies in der Nähe der Station, so dass Evacuationen in der Richtung nach St. Gallen und Winterthur leicht zu bewerkstelligen waren.

Der freie Platz hinter dem Hauptgebäude diente zur Aufstellung der Fuhrwerke.

Für die Brigademanöver vom 8. und 9. September waren folgende Dispositionen getroffen:

Die Ambulance Nr. 32 bleibt in Wil beim Aufnahmsspital I, schickt aber ein Sanitätsdetachement mit dem Blessirtenwagen zum Gros des Nordcorps. Die Ambulance Nr. 35 bleibt beim Gros des Südcorps in Bazenheid.

An beiden Gefechtstagen hatten die Corpsärzte reichlich Gelegenheit, sich in der Auswahl von Verbandplätzen zu üben und geschah dies sowohl beim Nordcorps wie beim Südcorps und zwar der Aufstellung der Truppen folgend in regimentsweisem Verbande. Beide Ambulancen wurden in Verbindung mit den Truppen gebracht und beide hatten Gelegenheit, Erkrankte und Marode aufzunehmen und dieselben dem Aufnahmsspital in Wil zuzuführen.

Am Abend des 9. September standen beide Ambulancen in Wil. Die übrigen Ambulancen Nr. 33 und 34 mit dem Stab waren aber noch in St. Gallen, da die Bespannung für diese noch nicht erhältlich geworden. Schliesslich blieb kein anderes Mittel übrig, als nachdem man bis auf die letzte Minute gewartet hatte, die Mannschaft und Fuhrwerke am 10. September per Eisenbahn nach Wil zu schaffen, wo dann auch gleichen Abends die längst ersehnte Bespannung von Winterthur her anlangte.

Das Defiliren vor dem Vorstand des eidgen. Militärdepartements am 11. September zeigte die gute soldatische Haltung der Mannschaft des Feldlazarethes, noch besser wäre diese Leistung hervorgetreten, wenn sich des Feldlazarethes eine der vielen Musikbanden erbarmt und demselben zu seinem Vorbeimarsche einen flotten Marsch aufgespielt hätte.



Die Divisionsmanöver vom 12., 13., 14. September riefen folgenden Dispositionen:
Am 12. September Vormarsch der ganzen Division von Wil gegen die Glatt, getheilt Avantgarde, Gros und ein rechtes Seitendetachement.
Die Ambulance Nr. 34 löste Ambulance Nr. 32 im Aufnahmsspital I ab; Ambulance kam zum rechten Seitendetachement, Strasse Wil—Schwarzenbacherbrücke—Niedertten; Ambulance 33 zur Avantgarde, Strasse Wil—Züberwangen—Weiern; Ambulance blieb in Wil in Reservestellung.
Im Laufe des Gefechtes etablirte sich Ambulance 32 in Niederstetten, Ambulance 33 Weiern. Die Ambulance 35 wurde aus ihrer Reservestellung in Wil über Züberngen und über die vom Geniebataillon erstellte Thurbrücke nach dem Gillhof am rech- Thurufer beordert, wo sie sich etablirte.
Auf den 13. September war die Erstürmung des Plateau's von Niederwil angeordnet. s Feldlazareth sammelte sich mit Ausnahme der Ambulance Nr. 34, welche stets in l blieb, in Niederutzwil, anlehnend an das dortige wohleingerichtete neue Krankenhaus 24 Betten, welches als Aufnahmsspital Nr. II designirt war. Das Felzlazareth rückte zum Bade Buchenthal vor und allmälig bis nach Junkersrütti und Spitzrütti, wo es etablirte.
Zu Instructionszwecken waren an diesem Tage an die Bataillonsärzte Scheindiagnosenlchen (2 per Compagnie) ausgetheilt worden. Der Sanitätsgefechtdienst wurde nun so geführt, dass per Regiment ein Verbandplatz errichtet wurde und zwar von der Brie XIII, welche den Hauptangriff ausführte, das Regiment 25 (Bat. 73, 74 und 75) Schulrüti, das Regiment 26 (Bat. 76, 77 und 78) am südlichen Rande des Kernles. Diese Verbandplätze wurden mit dem dahinter liegenden Feldlazareth in Verung gesetzt. Selbstverständlich konnten diese Verbandplätze erst errichtet werden, die Entscheidung des Gefechtes nahe war und langten auch die ersten Scheinverdeten kurz vor dem Generalmarsche auf den Verbandplätzen an, wohin bereits Trägerouillen mit den Blessirtenwagen beordert waren.
Die Uebung verlief im Allgemeinen günstig; die Diagnosen wurden sorgfältig beet und darnach verbunden, auch Nothtragbahren erstellt und Nothverbände angelegt.
Am Schlusstage, 14. September — Rückzug der Division nach Wil — wurde zu Gefechten bei Oberutzwil und am Bettenauer Weier eine Ambulance, Nr. 32, beor- Die Ambulancen 33 und 35 blieben in Reservestellung in Wil.
Am 14. September Nachmittags wurde das Aufnahmsspital I in Wil geräumt, die gen Evacuationen auf den 15. früh angeordnet und das Material inspicirt. Am eptember früh wurde die Mannschaft des Feldlazarethes, soweit sie nicht als Wagene bei den in's Dépôt nach St. Gallen zurückkehrenden Fuhrwerken verwendet wurde, ssen.
Nach den Krankheitsverzeichnissen der Corpsärzte ergibt sich ein Gesammtkrankenvon 831 Mann, welche sich auf folgende Tage vertheilen:

August.			September.															
29.	30.	31.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9	10.	11.	12.	13.	14.	15.	Tot.
	50	51	67	74	69	39	49	128	29	46	54	42	34	34	34	10	1	831.

)ie grösste Krankenziffer fällt auf den 6. September und lässt sich erklären, dass ruppenärzte vor dem am 7. September stattfindenden Concentrationsmarsche zu den manövern alle Maroden ausschieden und dem Feldlazarethe, Abtheilung Marodehaus, sen.
)ie starken Tageszahlen vom 30. Aug. bis 4. Sept. haben ihren Grund in den daen äusserst schlechten Witterungsverhältnissen.
)bige 831 Kranke haben nur 664 Pflege- resp. Dienstdispensationstage beim Corps t.
eheilt zum Corps kamen 651 Mann, nach Hause wurden entlassen, d. h. während orcurses, 36 Mann; gestorben und vermisst keiner.
ı das Feldlazareth und die Spitäler wurden evacuirt 144 Mann. Während des Vor- wurden evacuirt: in die Krankenanstalt Frauenfeld 9, Einwohnerspital Winterthur ntonsspital St. Gallen 11, Krankenhaus Herisau 7, Cantonsspital Königsfelden 1, ısspital Zürich 2 = 38 Mann.
ı's Feldlazareth wurden (nur während der Brigade- und Divisionsmanöver) evacuirt

und aufgenommen 106 Mann und vom Feldlazareth in die stehenden Spitäler abgegeben 26 Mann.

Den Krankheitsformen nach vertheilen sich die in stehende Spitäler und Feldlazareth evacuirten Kranken folgendermaassen: Schussverletzungen 2 (nebst mehreren unbedeutenden Fällen in Folge Explosion der schlecht construirten Exercierpatronen), Knochenbrüche 1 (Fractur des 5. Rückenwirbels mit Läsion des Rückenmarks, liegt hoffnungslos), Luxationen und Distorsionen 9, Quetschungen 7, Typhus 4, Gastricismus, Diarrhœen 32, Rheumatismus 10, Diphtheritis 1, Laryngitis und Anginen 6, Phlegmonen, Erysipelas 13, Augenleiden 6, Hernia 1, Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane 4, Hautkrankheiten 1, Epilepsie 1, Lungenleiden 3, wunde Füsse 35, andere Krankheiten 8. Total 144.

Es ist an anderer Stelle bereits bemerkt worden, wie die Divisionsübung der VII. Armeedivision den Beweis geleistet habe, dass in intellectuell-militärischer Beziehung unsere Soldaten seit 1874 wesentlich besser geworden sind; auf Grund obiger Resultate aus dem Sanitätsdienste darf aber auch behauptet werden, dass in physischer Beziehung unsere Armee ganz wesentlich gewonnen hat. Erinnert man sich des Truppenzusammenzuges an der Sitter im Jahre 1872, an welchem grössere Truppentheile aus dem heutigen VII. Divisionskreise theilgenommen haben und vergegenwärtigt man sich die damals noch endlosen Colonnen von Maroden, die Ueberfüllung aller Krankenzimmer mit Leicht- und Schwerkranken und zwar bei nicht vermehrter Leistung und bei viel günstigeren Witterungsverhältnissen, so kann die Vergleichung nur zu Gunsten unserer heutigen Armee ausfallen. Die Beurtheilung der physischen Kraft unserer Wehrpflichtigen liegt aber der Sanität ob und ihr ist es zum vorwiegenden Theil zuzuschreiben, wenn die Armee eine kräftige, gesunde und von hoher Vaterlandsliebe beseelte ist.

Ausser diesem wichtigen Factor trug natürlich die verbesserte Ernährung, die Controle der Lebensmittel, kurz die Anwendung der hygieinischen Grundsätze, welche seit 1874 in allen Schulen klar gemacht werden, bei.

Mit Fug und Recht muss aber auch bemerkt werden, dass die Qualität der Sanitätsmannschaft eine bessere geworden ist, hier fällt vor Allem auf, dass die Sanitätsofficiere nun Sanitätssoldaten zu befehlen haben und keine Frater. Der Sanitätsofficier braucht die heutigen Sanitätssoldaten nur in die Hand zu nehmen, um an ihnen opferwillige, disciplinirte und gut vorbereitete Gehülfen zu haben.

Es liegt nicht im Zwecke dieser Zeilen, weitere Folgerungen abzuleiten, es genügt, constatiren zu können, dass auch die Sanität von den Errungenschaften des Jahres 1874 Nutzen gezogen und in ihrer Ausbildung mit den übrigen Waffengattungen Schritt hält.

W. W.

Wochenbericht.

Schweiz.

Genf. Militärärztliche Preisfragen. Das internationale Comité des rothen Kreuzes hat soeben 3 Preisfragen ausgeschrieben, die in französischer, deutscher oder englischer Sprache vor dem 1. April **1883** dem Comité unter den üblichen Bedingungen einzuliefern sind. Der ausgeworfene Preis beträgt für jede der Fragen die untheilbare Summe von Fr. 2000 und Accessits bis zu Fr. 500.

Der Zweck dieser Ausschreibung ist über improvisirte Hülfeleistung für Verwundete und Kranke Arbeiten zu veranlassen, die den hülfeleistenden Aerzten, Krankenwärtern, Soldaten und Civilpersonen die Mittel zeigen, mit denen sie das, was ihnen im gegebenen Nothfalle gerade fehlt, ersetzen können. Die Preisfragen sind:

I. Improvisation der Behandlungsmittel (blutstillende Verbände, Verbände bei Fracturen, Beruhigungsmittel, antiseptische Verbände, Krankenutensilien, Linge, Kleider, Nahrungsmittel etc. etc. Berücksichtigung der Ressourcen, die durch Klima, Jahreszeit, Localität sich ändern und dem spec. Falle anzupassen sind).

II. Improvisation der Transportmittel (beim Fehlen von Brancards, Wagen, anderen Transportmitteln, Transport per Arm, auf mit Waffen und Kleidern improvisirten Sitzen, Benützen von Baumzweigen, von Thieren, von ländlichen Fahrzeugen, Flüssen, Seen, dem Meere, Eisenbahnen etc. etc.).



III. Improvisation einer Ambulance oder eines Feldspitals (in der Nähe der Armee soll dieses Spital rasch improvisirt werden, Platzwahl, Einrichtung oder Erbauung einer geeigneten Räumlichkeit, Organisation des Dienstes, innere Anordnung, Ernährung etc.).

Wir begrüssen lebhaft diese sehr glückliche Idee des internationalen Comités und sind überzeugt, dass sein Zweck erreicht werden wird.

Ausland.

Berlin. Chinin gegen Angina. *B. Fränkel* in Berlin theilt in der berl. klin. Wochenschr. (Nr. 47) seine therapeutischen Erfahrungen bei Angina catarrhal. mit und kommt zu dem Schlusse, dass weder Gurgelwässer noch Inhalationen, noch submucöse Carbolinjectionen, noch Kali chloricum, noch Eis etc. den Verlauf dieser Krankheit wesentlich abzukürzen in der Lage sind, wohl aber gelang ihm das bei Verabreichung von Chinin (3 Mal täglich 0,25 in einer Stunde zu nehmen). 15 Fälle, die *Fränkel* mit Chinin behandelte, heilten sämmtlich in weniger wie 48 Stunden; jedoch muss das Mittel im Anfangsstadium genommen werden. *Fränkel* glaubt nicht, dass es die antipyretische Wirkung des Chinins sei, die hier in Betracht komme, denn Natr. salicyl., Acid. salicyl. erwiesen sich als wirkungslos; er ist deshalb eher geneigt, Chinin eine specifische Wirkung gegen Angina zuzuschreiben. Es ist *Fränkel* jedoch leider nicht gelungen, mit Chinin den so lästigen Uebergang in den peritonsillären Abscess zu verhüten; immerhin sind wir wohl Alle gerne bereit, Chinin in den zur Beobachtung gelangenden Fällen von Angina zu versuchen.

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 11. bis 25. December 1881.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Vom Südostplateau ist 1 Masernfall von unbekanntem Ursprung angezeigt.

Von Varicellen sind 6 Fälle angezeigt (5, 7, 11), meist auf den Plateaux Grossbasels.

Von Scharlach sind 35 Erkrankungen angemeldet (22, 35, 22), zerstreut über alle Stadttheile.

Typhus 3 Erkrankungen in Grossbasel (4, 6, 1).

Diphtherie und Croup 27 Erkrankungen (9, 10, 20), in allen Districten mit Ausnahme des Birsthales.

Von Pertussis sind nur vereinzelte neue Fälle angemeldet.

Erysipelas 7 Erkrankungen (12, 7), wovon 5 auf dem Nordwestplateau.

Parotitis wird noch immer zahlreich beobachtet; angemeldet sind 15 Fälle (6, 7, 29).

Kein Puerperalfieber.

Bibliographisches.

Ferner sind im Jahre 1881 noch eingegangen:

223) *Gussenbauer*, Prof. Dr. *C.*, Erfahrungen über Massage. Sep.-Abdr. a. d. prag. med. Wochenschr. 1881. 31 S. 8°. Prag.

224) *Beiträge* zur Geburtshülfe, Gynæcologie und Pädiatrik. Festschrift mit 4 Tafeln und 13 Holzschn. 8°. 216 S. Leipzig, Wilh. Engelmann.

225) *Compte rendu* des travaux de la Société helvétique des sciences naturelles. 64. session à Aarau 1881. 8°. 104 S. Genève, Bureau des Archives des sciences physiqes et naturelles.

226) *Sauter*, *A.*, Alt-Grossrath, Die Gewerbefreiheit in der Pharmacie. 8°. 51 S. Genf, Th. Müller.

227) *Biermer*, *A.*, Ueber die Krankheit und ihre Ursachen. Rectoratsrede. Breslau, 15. October 1881. Sep.-Abdr. a. d. Deutschen Revue, Nov.-Heft. 8°. 21 S.

228) *Wiener Klinik VII*, 11. Heft, enth. Dr. *J. Hock*, Die kleinen chirurgischen Handgriffe in der Augenheilkunde. Wien, Urban & Schwarzenberg.

229) *Schwendener, S.*, Ueber den Bau und Mechanik der Spaltöffnungen. (Monatsbericht der kgl. Academie der Wissenschaften. Berlin, Juli 1881.) 8°. 36 S.

230) *Weyl, Th.*, Analytisches Hülfsbuch für die physiologisch-chemischen Uebungen der Mediciner und Pharmaceuten in Tabellenform. 8°. 32 S. cart. Berlin, Jul. Springer, Preis Fr. 1. 90.

231) *Knodt, Emil*, Zoophilus. Biblische Studien über Thierbestimmung, Thierleben und Thierschutz. 8°. 76 S. Dresden. Internat. Verein zur Bekämpfung der wissenschaftl. Thierfoltern.

232) *Ulrich*, Dr. *Rich.*, Die Aetiologie des Strabismus convergens hypermetropicus. Ein Vorschlag, denselben im Entstehen zu bekämpfen. 8°. 70 S. Kassel, Theod. Fischer.

233) *Unna*, Dr. *P. G.*, Kurze Anweisung zum Gebrauch der Salben und Pflastermulle. 8°. 10 S. Kassel, Th. Fischer.

234) *Hartmann*, Dr. *Arthur*, Die Krankheiten des Ohres und deren Behandlung. Mit 34 Holzschn. 8°. 210 S. gebd. Kassel, Th. Fischer.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

// CORRESPONDENZ-BLATT

für

schweizer Aerzte.

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die zweisp. Zeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N°. 2. XII. Jahrg. 1882. 15. Januar.

Original-Arbeiten.

Ein neues Mydriaticum.

Von Dr. **E. Emmert**, Docent für Ophthalmologie an der Universität in Bern.

Atropin (syn. Daturin), Hyoscyamin, Duboisin, Homatropin u. A. sind pupillenerweiternde und accommodationlähmende Präparate, welche einander hinsichtlich ihrer Wirkungsweise ziemlich nahe stehen. Sie sind sämmtlich Gegenstand genauerer physiologischer Prüfung gewesen und daher hinreichend bekannt.

In neuester Zeit wurde nun von *Ladenburg* in Kiel aus dem sog. amorphen Hyoscyamin von *Merk* in Darmstadt das reine, von ihm Hyoscin benannte Alcaloid dargestellt, welches mit Jodwasserstoffsäure eine krystallinische, mit Chlorwasserstoffsäure eine amorphe Verbindung eingeht. Beide Salze sind, nach Versuchen von Prof. *Edlefsen*, Vorsteher der Poliklinik in Kiel, und Dr. *Illing*, sehr wirksame und zuverlässige Medicamente, und stehen beide dem Atropin am nächsten; doch soll besonders das Hyoscinum hydrojodatum eine constantere und sicherere Wirkung ausüben als ersteres.

Als Einzeldosis wurden 1,2 Mgrmm. der Basis oder 1,8 Mgrmm. des Salzes verwendet.[1]) Stärkere Dosen riefen Vergiftungserscheinungen, wie Delirien, Sehstörungen, Trockenheit im Halse, Unsicherheit des Ganges hervor. Bei Keuchhusten der Kinder, Asthma, Enteralgie, Epilepsie hatten beide Salze sehr günstigen Erfolg. Für subcutane Injectionen soll von grösseren Dosen als ½ Mgrmm. der Basis oder ¾ Mgrmm. des Salzes abgesehen werden.

Zur Prüfung auf die Augen sandte *Edlefsen* eine 1½% Lösung von Hyosc. hydrojod. an Prof. *J. Hirschberg* in Berlin, der in einer kurzen Notiz in seinem Centralbl f. pract. Augenheilkunde darüber sagt, dass es in dieser Stärke in vier Fällen Allgemeinerscheinungen in Form von Unbesinnlichkeit, Articulationsstörun-

[1]) Die Basis Hyoscin verhält sich zum Salze Hyoscinum hydrojodatum wie 1 : 1,5.

gen etc. hervorgerufen habe, daneben aber eine sehr starke mydriatische Wirkung ausübe. Er räth, es nur in $^1/_2$—$^3/_4$%igen Lösungen zu gebrauchen.

Das nicht selten vorliegende Bedürfniss, ein stärkeres Mydriaticum zu besitzen als das Atropin, veranlasste mich, die Wirkungen des Hyoscinum hydrojodatum (C_6 H_{13} NHJ) auf die Augen genauer zu untersuchen. *Merk* in Darmstadt hatte die Güte, mir zu diesem Zwecke eine kleinere Menge desselben zu verabfolgen. Ich liess mir eine $^1/_{10}$% und eine $^1/_2$% Lösung herstellen und zum Vergleiche zwei ebensolche Lösungen von schwefelsaurem Atropin und Duboisin.

Als Durchschnittsresultat einer Versuchsreihe an Kaninchen, welche ich hier nicht ausführlicher mittheilen will, ergab sich, dass das Hyoscinum hydrojodatum rascher und energischer wirkt als eine gleiche Menge von schwefelsaurem Atropin oder Duboisin.

Erläuternde Beispiele an Kaninchen:

	Lösung $^1/_2$%	
	Atrop. sulf.	Hyosc. hydrojod.
Pupillenweite (vor Einträufelung)	2,5 mm.	2,5 mm.
„ nach 5 Min. (nach Einträufelung)	2,5 „	3,0 „
„ „ 10 „	8,0 „	10,0 „
„ „ 15 „	10,0 „	10,5 „

Grenze der Pupillenerweiterung.

Auffallender noch sind die Unterschiede bei Gebrauch schwacher Lösungen:

	Lösung $^1/_{10}$%	
	Atrop. sulf.	Hyosc. hydrojod.
Pupillenweite	2,5 mm.	2,5 mm.
„ nach 10 Min. (nach Einträufelung)	2,5 „	3,0 „
„ „ 13 „	4,25 „	9,5 „
„ „ 17 „	6,5 „	10,5 „
„ „ 25 „	9,5 „	10,5 „

Grenze der Pupillenerweiterung.

Erläuterndes Beispiel an mir: Einträufelung 1 gtt. einer $^1/_2$% Lösung Atrop. sulf. in mein linkes Auge, einer 5 Mal schwächeren, also $^1/_{10}$% Lösung Hyosc. hydrojod. in mein rechtes Auge.

	Atrop. sulf. ($^1/_2$%).	Hyosc. hydrojod. ($^1/_{10}$%).
Pupillenweite (vor Einträufelung)	2,5 mm.	2,5 mm.
„ nach 14 Min. (nach Einträufelung)	2,5 „	4,0 „
„ „ 20 „	3,5 „	
„ „ 25 „	6,5 „	8,0 „
„ „ 56 „	8,0 „	8,5 „

Grenze der Pupillenerweiterung.

Dieselben Beobachtungen, wie an mir, machte ich an Anderen und besonders in pathologischen Fällen. Bei entzündlichen Zuständen der Cornea, wo Atropin und Duboisin keine Erweiterung bewirkten, liess Hyosc. hydroj. nicht im Stich, und wirkte äusserst günstig; in Fällen frischer, oder theilweise oder ganz

abgelaufener Iritis mit Hinterlassung hinterer Synechien führte Hyosc. hydroj. ausnahmslos zu einer Mehrerweiterung der Pupille und dadurch häufig zu Zerreissung von Exsudaten.

Seit mehr als 3 Monaten habe ich auf diese Erfolge hin das Hyosc. hydrojod. in Lösungen sowohl, wie mit Vaseline verbunden in meine Privatpoliklinik eingeführt. Nur zwei Mal beobachtete ich unter einer jetzt schon recht erheblichen Zahl von Fällen Allgemeinerscheinungen, obschon zu wiederholten Malen in der Privatpraxis $^1/_{10}$% Lösungen stündlich und zweistündlich während mehrerer Tage gebraucht worden sind. Der eine Fall betraf ein 14jähriges Mädchen mit Iritis plastica spec. und Gummabildung o. s., bei welchem, aber erst nach 14tägigem Gebrauch einer $^1/_2$% Lösung, mehrmals täglich, Allgemeinerscheinungen in Form von Schwindel, Unsicherheit im Gehen, Unbesinnlichkeit, letztere, indem es nicht mehr wusste, auf welchem Wege es nach Hause kehren solle, sich zeigten; der andere Fall war ein hiesiger Schneider mit Irit. pl. spec. o. d., welcher schon nach Atropingebrauch stets Zusammenschnüren und Trockenheit im Halse und Schwindel bekam; bei ihm traten dieselben Erscheinungen nach 1 Tropfen einer $^1/_2$% Lösung Hyosc. hydrojod. wieder auf und hielten 3—4 Stunden an.

Die Gefahren der Allgemeinerscheinungen können nach den gemachten Erfahrungen nicht so hoch angeschlagen werden. Befolgt man beim Atropin die begründete Vorsicht, wenn solches zum Gebrauche zu Hause verordnet wird, auf die möglicher Weise auftretenden ersten Vergiftungserscheinungen aufmerksam zu machen, so wird man dieses bei den Hyoscinsalzen noch viel eher thun. Uebrigens rufen solche Lösungen, in der Stärke von $^1/_2$% angewendet, noch keine sehr erschreckenden Erscheinungen hervor, und ist es wegen der Stärke des Mydriaticums eben nicht nothwendig, solche Lösungen so häufig zu gebrauchen wie beim Atropin, haben wir ja doch gesehen, dass Ein Tropfen einer $^1/_{10}$% Lösung von Hyosc. hydrojod. schneller und stärker wirkt als Ein Tropfen einer $^1/_2$% Lösung von Atrop. sulf.

Zu erwähnen ist auch, dass Hyoscinum hydrojodatum von der Bindehaut sehr gut und lange ertragen wird.

Die Gründe, welche dazu bestimmen können, die andern Mydriatica gegen das Hyoscinum hydrojodatum zu vertauschen, liegen in seiner ganz ausserordentlichen mydriatischen Wirksamkeit, welche von keinem andern bisher bekannten Präparate dieser Art in gleichem Grade und mit gleicher Schnelligkeit mit gleicher Menge erreicht, geschweige denn übertroffen wird. Dieses beweisen die an Thieren und Menschen angestellten Versuche und gemachten Erfahrungen. Darin liegen zugleich auch die Indicationen für seinen Gebrauch.

Durch seine Eigenschaften lassen sich einerseits mit einer geringen Menge dieses Mittels dieselben Resultate erzielen, welche nur durch grössere Mengen mit andern zu erlangen sind, und andererseits lassen sich mit demselben Zwecke erfüllen, welche mit andern pupillenerweiternden Mitteln überhaupt unerreichbar sind.

Von allgemeinerer Verwendung des Hyoscinum hydrojodatum könnte vorläufig nur sein Preis abhalten. Ein Gramm desselben kostet gegenwärtig noch 25 Rm. = 30 Fr.; doch ist zu erwarten, dass es billiger werden wird, wie das Duboisin,

welches früher auf 100 Fr. per Gramm zu stehen kam und jetzt nur noch 20 Fr. per Gramm kostet; das schwefelsaure Atropin ist allerdings das scheinbar billigste, indem es für ca. 6 Fr. per Gramm erhältlich ist. Bedenkt man jedoch, dass eine gleiche Menge einer $^1/_{10}$%igen Lösung von Hyoscinum hydrojodatum kräftiger wirkt, als eine gleiche Menge einer 5 Mal stärkeren $^1/_2$%igen Lösung von Atrop. sulf., und dass 5 Cgrmm. Atrop. sulf. auf ca. 30 Cts. zu stehen kommen, 1 Cgrmm. Hyosc. hydrojod. aber gleichfalls ca. 30 Cts. kostet, so ist die Differenz ausgeglichen, und ist das jodwasserstoffsaure Hyoscin schon heute nicht nur das kräftigste, sondern auch das billigste Mydriaticum, welches wir jetzt besitzen.

Ueber nucleäre Augenmuskellähmungen.

Von **L. Lichtheim** in Bern.

(Schluss.)

Dass der oder die untersten Theile des Oculomotoriuskerns in den Krankheitsprocess einbegriffen sind, auch der Trochleariskern nicht verschont bleibt, scheint ohne Weiteres verständlich, denn dieser Kern ist ja eigentlich als der unterste Theil der den Oculomotoriuskern repräsentirenden grossen Zellensäule und nur der gesonderte Verlauf der austretenden Wurzelfasern gibt ihm seinen Namen.

Grössere Schwierigkeiten macht schon die Erklärung der so gewöhnlichen Theilnahme des Abducens, dessen Kern räumlich von den vorigen getrennt, erheblich tiefer gelegen ist. Derjenige, welcher einen zusammenhängenden Krankheitsheerd annimmt, welcher das zwischen Trochleariskern und Abducenskern gelegene Gebiet der Haube betheiligt, wird sich allenfalls mit dem Symptomenbilde abfinden können, wenn er voraussetzt, dass die Veränderungen nur die der Medianlinie zunächst gelegenen Partien betrifft und sehr wenig in die Tiefe greift. Vielleicht würde es unter dieser Voraussetzung möglich sein, dass die beiden Kerne lädirt sind, ohne dass andere wichtige Theile in Mitleidenschaft gezogen und andere wesentliche Symptome dem Krankheitsbilde sich beimischen.

Wir können uns ein näheres Eingehen auf diese Frage ersparen, weil meines Erachtens einer solchen Auffassung ein absolutes anatomisches Hinderniss im Wege steht. Wir sehen in denjenigen Fällen, in welchen, wie in dem unsrigen, der Process nicht absolut symmetrisch einsetzt und fortschreitet, dass Oculomotorius, Trochlearis und Abducens derselben Seite lädirt sind. Während nun die Nervenfasern des Oculomotorius und des Abducens von ihrem Kern aus zum Auge derselben Seite ziehen, erfährt bekanntlich der Trochlearis bei seinem Austritt aus dem Hirn durch das vordere Marksegel eine vollkommene Kreuzung. Es entstammen also dem Trochleariskern die Nervenfasern für den zum entgegengesetzten Auge ziehenden Trochlearis und eine Läsion des Kerns muss von einer Lähmung des Obliquus superior auf dem entgegengesetzten Auge gefolgt sein. In unserm speciellen Falle handelt es sich also um eine Läsion beider Oculomotoriuskerne, des rechten Trochlearis und des linken Abducenskerns und die Annahme eines continuirlichen vom Oculomotoriuskern bis zum Abducenskern reichenden

Heerdes fällt ohne Weiteres dahin, weil dazwischen der intacte Trochleariskern gelegen ist.

Das ist der Grund, weshalb ich vielmehr zu der Ansicht neige, dass wir es mit einer isolirten Erkrankung des Kerns zu thun haben — mit einer Erkrankung, welche eine Reihe functionell mit einander verknüpfter Kerne gemeinsam befällt. Wir gewinnen damit ein Verständniss für das oben erwähnte Verhalten, denn Oculomotorius- und Abducenskern sind eben functionell mit dem Trochleariskern der gegenüberliegenden Seite verbunden.

Für eine solche Vermuthung besitzen wir ein Analogon in der progressiven Bulbärparalyse, einer Krankheit, bei welcher bekanntlich gleichfalls eine Reihe zum Theil räumlich getrennter, aber functionell zu einander in Beziehung stehender Nervenkerne im untern Theile der Rautengrube gleichzeitig erkranken. Das uns beschäftigende Krankheitsbild wäre nach meiner Auffassung die gleiche Krankheitsform in den oberen, in der Brücke und in den Hirnschenkeln gelegenen Nervenkernen.

Eine etwas eingehendere Ueberlegung ergiebt nun auch, dass beide Krankheiten eine Reihe sehr frappanter Analogien zeigen. Ganz wie die Bulbärparalyse tritt unsere Krankheit doppelseitig und in der Regel — wie die Fälle *Gräfe*'s zeigen — vollkommen symmetrisch auf, nur ausnahmsweise ist, wie in unserem Falle und wie dies auch bei der Bulbärparalyse mitunter vorkommt, die Symmetrie keine vollkommene. Wie bei der Bulbärparalyse werden ferner nicht alle befallenen Gebiete gleich intensiv ergriffen und die verschiedenen Fälle zeigen in dieser Hinsicht ein verschiedenes Verhalten. In den Fällen *Gräfe*'s war der levator palpebræ schwächer afficirt als in den unsrigen, ein Verhalten, das mit der vorhin besprochenen physiologischen Gruppirung der Augenmuskelkerne in Widerspruch zu stehen scheint.

In einer Hinsicht jedoch scheint eine sehr wesentliche Differenz zwischen beiden Krankheiten zu bestehen: die Bulbärparalyse ist vom Beginn der Krankheit bis zum Tod des Individuums progredient, während unsere Affection nach einer Periode der Progression zum dauernden Stillstand zu kommen scheint. Ich will diese Differenz keineswegs für alle Fälle vollkommen in Abrede stellen, jedoch gebe ich zu bedenken, dass sie für die typischen Fälle wenigstens eine nur scheinbare ist. Dass der Ausgang beider Krankheiten ein so verschiedener, das liegt, wie ich wohl kaum zu erwähnen brauche, lediglich an der so sehr verschiedenen Wichtigkeit der befallenen Functionen für die Existenz des Individuums. Der Bulbärparalyse erliegt der Kranke, weil sie in den höheren Stadien die Functionen der Ernährung und Athmung auf's schwerste compromittirt, während der definitive Ausgang unserer Krankheit nur eine vollkommene Aufhebung der Bewegungsfähigkeit der Bulbi sein wird. Dieser Ausgang wird nun in der That auch — wenn wir *Gräfe*'s Fälle zu Grunde legen — in der Regel erreicht, nur Accommodation und Pupillenbewegung bleiben erhalten, ihre Centren werden trotz der anatomischen Nachbarschaft wegen der functionellen Sonderstellung niemals, wie es scheint, in den Kreis der Erkrankung hineingezogen. Bei unserer Kranken ist das Endresultat nur annähernd auf dem linken Auge erreicht worden, ob dieser Zu-

stand als eine Definition anzusehen, oder ob sie nach einer Periode des Stillstandes — derartige Erfahrungen sind auch bei der Bulbärparalyse gemacht worden — die übrig gebliebenen Bewegungen der Vernichtung anheimfallen werden, wird die weitere Beobachtung erst zeigen müssen. Auch muss immerhin der Möglichkeit Raum gelassen werden, dass derartige, asymmetrisch beginnende und asymmetrisch bleibende Fälle, wie der unsrige, trotz der vielfachen Analogien und trotz des unzweifelhaft gleichen Sitzes der Affection, sich doch im Wesen und im Verlaufe des Krankheitsprocesses in den typischen Fällen unterscheiden.

Es gewährt mir eine grosse Befriedigung, dass ein so eminenter Kliniker wie *Gräfe* in der mehrfach erwähnten Mittheilung einer Deutung das Wort redet, welche derjenigen, zu welcher ich gelangt bin, und die ich soeben entwickelt habe, schon sehr nahe kommt. Die Kenntniss der Bulbärparalyse war damals noch mangelhaft, über die anatomische Ursache der Krankheit zumal waren damals erst die ersten Vermuthungen formulirt worden, auch waren die Kenntnisse vom Bau des Hirns wenig allgemein verbreitet. So kam es, dass *Gräfe* die Möglichkeit, den von ihm beobachteten Fällen eine anatomische Deutung zu geben, ablehnen musste und die Frage bis zu entscheidenden anatomischen Untersuchungen offen gehalten wissen wollte. Allein es scheint ihm doch schon, wenn er's auch nicht direct ausspricht, die Bulbärparalyse als eine Analogie vorgeschwebt zu haben und er deutet an, dass seine Auffassung dieser Lähmungsformen derjenigen nahesteht, welche *Wachsmuth* für die Bulbärparalyse proponirt hatte und welche hauptsächlich die Gruppirung der Störungen nicht nach der anatomischen Anordnung, sondern nach functionellen Beziehungen betont hat.

Es bleibt nur noch ein Punkt zu besprechen, welcher für die von mir vertheidigte Auffassung von Wichtigkeit ist — das Verhalten der gelähmten Muskeln. Zeigen dieselben das Bild der degenerativen Atrophie, welches erwartet werden muss, wenn wir es wirklich mit einer nucleären Erkrankung zu thun haben. Ich glaube, dass dies der Fall ist, obgleich eine Angabe *Gräfe*'s mit dieser Voraussetzung im Widerspruch steht. Gegenüber der in der Discussion, die sich an seine Mittheilung knüpfte, geltend gemachten Möglichkeit, dass eine primäre Erkrankung der Muskeln die Ursache des Leidens sei, erwähnte *Gräfe*, dass er gelegentlich einer operativen Muskelvorlagerung den Muskel normal gefunden habe. Ich möchte diese Beobachtung nicht für ausschlaggebend halten, es handelt sich bei der Untersuchung um ein minimes, der Sehne benachbartes Muskelstückchen und *Gräfe* selbst ist in seinen Schlussfolgerungen sehr vorsichtig und will das Resultat der Beobachtung nur als einen Beweis gegen ein primäres Muskelleiden angesehen wissen. Immerhin wird bei Gelegenheit von ähnlichen operativen Eingriffen diesem Puncte die gebührende Aufmerksamkeit geschenkt werden müssen. Unsere Patientin wies einen Vorschlag meines Collegen *Pflüger*, die für sie sehr lästige Ptosis auf operativem Wege zu bessern, ab.

Die Prüfung der electrischen Reaction, welche sonst zur Entscheidung der Frage in vivo herangezogen werden kann, ist am Auge unthunlich.

Ich brauche übrigens wohl kaum zu betonen, dass beim Fehlen der degenerativen Atrophie die Läsion central von den intacten Nervenkernen gesucht werden

müsste, und dass selbst unter dieser Voraussetzung die Gruppirung der Lähmungen uns nöthigen würde, den Krankheitssitz in der nächsten Umgebung der Kerne, also in ganz denselben Hirntheilen zu suchen. [1])

Ebenso wie der chronischen progredienten Bulbärparalyse die acute Form gegenübersteht, gibt es neben der progredienten Erkrankung der Augenmuskelnervenkerne eine analoge Erkrankung mit plötzlicher oder doch sehr rascher Entwicklung des Symptomenbildes. Und wie bei der acuten Bulbärparalyse die symmetrische Ausbildung nicht mehr so überwiegt, wie bei der chronischen, wie bei ihr häufig ein schwereres Befallensein einer Körperhälfte constatirt werden kann, so auch bei der acuten Form unserer Krankheit. Während bei der progredienten Form der symmetrische Beginn und das symmetrische Fortschreiten die Regel, asymmetrische Fälle, wie der unsere, die Ausnahme sind, vielleicht sogar, wie schon angedeutet, eine besondere Stellung den typischen Fällen gegenüber beanspruchen dürfen, ist bei der acuten Form das ungleiche Befallensein beider Seiten, wie es scheint, gewöhnlich zu beobachten

Es tritt ferner — und auch hierin zeigt die acute Bulbärparalyse ein ähnliches Verhalten — die Gruppirung der Lähmungen nach functioneller Zusammengehörigkeit in den Hintergrund, die anatomischen Gesichtspuncte überwiegen, der acute Krankheitsprocess setzt einen Heerd und die Combination der Lähmungen entspricht den durch den Heerd in Anspruch genommenen Hirntheilen.

Freilich ist es sehr schwer zu sagen, welche von den zahlreichen doppelseitigen multiplen Augenmuskellähmungen, welche bekannt gemacht worden sind, in diese Categorie hineingehören.

[1]) Wie ich nachträglich ersehe, liegt ausser den schon erwähnten Mittheilungen noch eine neuere von *J. Hutchinson* über dasselbe Krankheitsbild vor. *Hutchinson*, welcher über die sehr grosse Zahl von 17 Fällen berichtet, gelangt zu denselben Anschauungen über den Sitz der Krankheit, wie ich, und macht gleichfalls auf die Analogie mit der Bulbusparalyse aufmerksam. Einige dieser Fälle decken sich unzweifelhaft mit der typischen Form der Krankheit, wie viele dies sind, kann ich nicht beurtheilen, da mir die Originalmittheilung (Medico chirurgical Transactions Vol. 44) leider nicht zugänglich ist und ich mich nur auf ein kurzes Referat im Jahresbericht von *Virchow* und *Hirsch* (1879 II, S. 472, und Medical Times 1879, Febr. 22.) stützen kann. Ein Theil der Fälle weicht dadurch sehr wesentlich ab, dass der Process ein viel diffuserer war, Accommodation und Irisbewegung mitbetheiligte und sogar auf den Opticus und den Trigeminus übergriff. In mehr als einem Drittel der Fälle war Ataxie vorhanden.

Ich trage Bedenken, derartige Fälle ohne Weiteres mit denen, die wir besprochen haben, zu identificiren, denn wenn auch der Sitz der Affection in denselben Hirntheilen zu suchen sein wird, so fällt doch bei ihnen sicherlich das Princip der Läsion functionell zusammengehöriger Kerne dahin, und wir haben gesehen, dass dieser Gesichtspunct allein ein volles Verständniss für die Gruppirung der Lähmungen bei unserer Krankheit eröffnet. Ich muss jedoch eine eingehendere Erörterung dieses Punctes mir zunächst versagen, bis ich von der speciellen Mittheilung der in Frage stehenden Fälle in der Originalabhandlung *Hutchinson*'s Kenntniss bekommen.

Will man diese Fälle der Krankheit zurechnen, so wird man wohl dasselbe auch einem von *Gräfe* (Arch. f. Ophth. XII, S. 270 u. ff.) mitgetheilten Falle nicht versagen können. Hier war bei einem Manne zuerst eine totale Oculomotoriuslähmung, später eine Trochlearislähmung auf dem rechten Auge, dann eine weniger hochgradige Oculomotoriuslähmung auf dem linken Auge aufgetreten. Nach vierjährigem Verlaufe ging er unter Schlingbeschwerden, Beklemmungen und fortschreitender Abmagerung zu Grunde. *Gräfe* und *Romberg* hatten im Leben einen basalen Tumor vermuthet, allein die Section ergab ein völlig negatives Resultat, *Gräfe* führte schliesslich die Affection auf eine von *Klebs* aufgefundene Veränderung des Knochens am Keilbeinkörper zurück. Wie wenig er jedoch selbst von dieser Deutung befriedigt war, wie wenig dieselbe geeignet war, den Symptomencomplex zu erklären, wird Jedem, der den betreffenden Aufsatz liest, ohne Weiteres klar werden. Auch hier wird es sich wahrscheinlich um eine discontinuirlich sprungweise fortschreitende Affection in den Hirnschenkeln, der Brücke und dem verlängerten Mark gehandelt haben.

Auch einer von den Fällen *Hutchinson*'s ist zur Obduction gekommen, allein die uns vorliegenden Referate theilen über das Resultat derselben leider nichts mit.

Gräfe hat in einem ältern Aufsatze [1]) eine Reihe von Fällen mitgetheilt, bei welchen nach Erkältungen, ohne Hirnerscheinungen, meist auch ohne erhebliche Kopfschmerzen, sich rasch derartige Lähmungen entwickelten und nach 1—2 Monaten vollkommen rückgängig werden. Als Ursache derselben nahm er umschriebene basale Periostitiden an. Das Bild dieser Fälle schwebte ihm, wie aus einigen Bemerkungen hervorgeht, vor, als er die mehrfach erwähnte Mittheilung über die fortschreitenden Formen machte, und wenn er auch seine Hypothese von dem basalen Ursprung dieser Affectionen nicht zurücknahm, so hatte er doch augenscheinlich grosse Neigung, die beiden Krankheitsbilder mit einander in Verbindung zu bringen. Allein ich selbst möchte für die Mehrzahl der Fälle an der ursprünglichen *Gräfe*'schen Auffassung nicht rütteln, für einige derselben ist sie mir sogar sehr wahrscheinlich. Bei fast Allen handelte es sich um totale Oculomotoriuslähmungen und wie erinnerlich, ist gerade das typische Verschontbleiben einzelner Aeste bei den chronischen Formen der Hauptgrund für uns gewesen, einen peripheren Ursprung derselben von der Hand zu weisen.

Sehr wahrscheinlich gehört in die Krankheitsgruppe, die uns beschäftigt, hinein eine von *Alfred v. Gräfe* mitgetheilte Erkrankung syphilitischen Ursprungs. [2]) Hier war nach Heilung mehrfacher anderer syphilitischer Phänomene, zu denen unter Anderm eine rechtseitige Abducensparese gehört hatte, eine bilaterale Lähmung sämmtlicher Augenmuskeln mit Ausnahme des levator palpebræ und des trochlearis der rechten Seite aufgetreten, gleichzeitig mit hochgradigen atactischen Phänomenen. Auf eine Zittmanncur bildete sich Alles vollkommen zurück. Allein bei syphilitischen Processen liegt immer die Möglichkeit multipler Affectionen im peripheren und centralen Nervensystem vor und so würde auch diesem Falle gegenüber die Deutung anfechtbar sein.

Folgender Fall jedoch, dessen Kenntniss ich der Freundlichkeit meines Collegen *Pflüger* verdanke, scheint mir unzweifelhaft als acute Form der geschilderten chronischen und progredienten Krankheit an die Seite gesetzt werden zu müssen:

Ein 54jähriger Locomotivführer, welcher vor 12 Jahren eine syphilitische Infection mit secundären Symptomen durchgemacht hatte, und, wie mir scheint, auch nach der damals eingeleiteten Cur nicht ganz frei von leichten Manifestationen der Lues geblieben war, erwachte im April 1877 eines Morgens mit Doppelbildern, zu denen sich im Verlauf desselben Tages eine Ptosis auf beiden Augen, jedoch auf dem linken stärker als auf dem rechten, einstellten. Seitdem ist der Zustand der Augen derselbe geblieben, und alle möglichen antisyphilitischen Curen haben daran nichts geändert. Der Erkrankung vorangegangen war eine Zeit, in welcher der Patient an heftigen Stirnkopfschmerzen litt, zur Erleichterung derselben liebte er es, sich bei der Fahrt auf der Locomotive dem vollen Winde im Winter auszusetzen. Ob diese Kopfschmerzen schon mit dem Leiden in Zusammenhang standen, oder ob vielleicht die von ihm gewählte Behandlungsmethode als ursächliches Moment anzusehen, muss dahingestellt bleiben. Seit dem Eintritt der Augen-

[1]) Archiv f. Ophthalm. VII, S. 265 u. ff.
[2]) *Gräfe & Sämisch*, Handbuch d. Augenheilk. VI, 1, S. 73.

muskellähmungen sind die Kopfschmerzen vollkommen verschwunden; anderweitige Hirnerscheinungen sind niemals eingetreten.

Ich fand bei dem kräftigen und sich ganz gesund fühlenden Manne, abgesehen von einigen geringfügigen Drüsenschwellungen, keine Manifestation der Syphilis mehr.

Der Befund an den Augen war folgender:

Auf dem linken Auge eine vollkommene Ptosis, das Auge ist ganz geschlossen und bei Versuchen, dasselbe etwas zu öffnen, wird nur ein schmaler Raum des Bulbus sichtbar. Auf dem rechten Auge ist der obere Drittel der Hornhaut bedeckt und kann das Lid nicht weiter gehoben werden. Auch beim Senken des Kopfes heben sich die Lider nicht. Die Bulbi stehen in Divergenzstellung, das linke Auge nach Aussen abgewichen.

Von den Bewegungen sind nur noch geringe Reste übrig: auf dem linken Auge spielt der rectus externus anscheinend normal, nur bei extremen Stellungen treten leichte Zuckungen in demselben auf.

Auf dem rechten Auge ist die Wirkung des obliquus superior deutlich sichtbar. Alle andern Bewegungen sind vollkommen aufgehoben. Beide Pupillen sind weit, wenn auch nicht ad maximum erweitert, vollkommen starr, weder reflectorischen, noch accommodativen Impulsen folgend. H i n g e g e n i s t b e i m P a t i e n t e n d i e A c c o m m o d a t i o n a u f b e i d e n A u g e n e r h a l t e n. Er ist emmetrop und liest ohne Correction bei dem Licht einer gewöhnlichen Lampe eine Zeitung und eine genaue, von Herrn Prof. *Pflüger* vorgenommene Untersuchung ergab, dass seine Accommodationsbreite vollkommen seinem Alter entsprach.

Auch hier kann bei dem Erhaltensein der Accommodation trotz Lähmung fast aller das Auge bewegenden Muskeln von einer peripheren Ursache des Leidens nicht die Rede sein. Sollte man dieses Verhalten durch Annahme einer anatomischen Varietät des Verlaufs der Accommodation tiefer erklären wollen, so müsste man voraussetzen, dass auf der linken Seite dieser Fasern in der Bahn der Abducens, auf der rechten in der Bahn des Trochlearis — das sind die einzigen nicht völlig verloren gegangenen Innervationen — zum Auge gelangen, während die Fasern für die Iris in normaler Weise dem Oculomotoriusstamm beigemischt sein müssten. Die Unzulässigkeit einer solchen Hypothese leuchtet von selbst ein. Auch hier kann es sich mithin nur eine Läsion der intracerebralen Nervenstrecke und ihres Ursprungs handeln und die Doppelseitigkeit und Ausdehnung des Processes verweisen mit Nothwendigkeit auf die Kernregion.

Auch die Gruppirung der Lähmung ist unter dieser Voraussetzung unschwer verständlich. Die linksseitige Trochlearislähmung ist unsern obigen Auseinandersetzungen entsprechend als Folge einer Läsion des rechten Trochleariskerns aufzufassen und so würden wir einen Krankheitsheerd voraussetzen müssen, welcher auf der rechten Seite nur den allerobersten Theil des Oculomotoriuskerns verschonend, bis zum Abducenskern herabreicht, während er auf der linken Seite nur die entsprechende Partie des Oculomotoriuskerns in Mitleidenschaft zieht.

Ob dieser plötzlich entstandene Heerd syphilitischer Natur, muss dahingestellt



bleiben, die absolute Erfolglosigkeit der mannigfaltigsten antisyphilitischen Procedien reden dieser Annahme nicht das Wort.

Unter Umständen — vermuthlich wenn ihre Verbreitung eine diffusere — scheinen derartige acute Affectionen auf einen tödtlichen Ausgang rechnen zu können. Ich weiss das aus einer mündlichen Mittheilung meines Freundes *C. Wernicke*. Derselbe hat in zwei derartigen Fällen die während des Lebens gestellte Diagnose einer acuten Entzündung des centralen Höhlengrau der betreffenden Partien durch die anatomische Untersuchung bestätigen können. [1])

Beiträge zur Gebärmutter-Chirurgie.

Von Dr. **A. Kottmann**, Spitalarzt in Solothurn.

(Fortsetzung.)

Meine Casuistik beginne ich anachronistisch mit dem zuletzt von mir operirten Falle, indem er das grösste Interesse darbietet, da er uns lehrt, dass auch Uterusfibroide von einigem Umfange der Ectomie von der Scheide aus zugänglich sind.

1. Margaritha Aerni von Gunzgen, 49 Jahre alt, war im 17. Jahre zum ersten Male menstruirt, gebar vom 20. bis zum 39. Jahre 8 Kinder, hatte zwischen dem ersten und dem zweiten Kinde einen Abortus mit bedeutender Blutung. Die Periode war regelmässig, spärlich, mit geringen Schmerzen verbunden bis vor etwa 2 Jahren, wo sie profuser, länger dauernd und schmerzhafter wurde. Im Sommer 1880 wurde sie schon im Spital verpflegt wegen äusserster Anæmie in Folge von Menorrhagien, welche sich immer noch an ihre regelmässigen Zeiten hielten. Ergotin, Ruhe, gute Nahrung, heisse Scheidenirrigationen verbesserten den Zustand wieder so, dass sie nach Hause gehen konnte. Die Untersuchung ergab ein interstitielles Fibroid auf der linken Seite der Gebärmutter. Nach kurzem Wohlbefinden stellten sich zu Hause die Blutungen wieder ein, verloren aber alle Periodicität und waren in der letzten Zeit anhaltend. Sonst will Patient nie ernstlich krank gewesen sein, an Fluor nie in stärkerem Grade gelitten haben.

Aufnahme in das Spital den 16. April 1881, geheilt entlassen den 19. Juni 1881.

S t a t u s p r a e s e n s. Die kräftig gebaute, ziemlich fettreiche, äusserst anämische Patientin hat geringe abendliche Temperatursteigerungen, leidet an häufigem Erbrechen der Speisen bei grosser Appetitlosigkeit, zeigt ausser einer verbreiteten Herzdämpfung und lauten systolischen Geräuschen keine Anomalien, ausser im Genitalsystem. Aus der Vagina ergiesst sich permanent ein nicht übelriechender chocoladefarbiger Fluor in grosser Quantität. Die innere Untersuchung ergibt eine glatte, schlaffe, weite Scheide, die Vaginalportion steht tief, ist verhärtet und verlängert, der Muttermund lässt den Zeigefinger nicht eindringen. Der Uterus ist sehr vergrössert, in die Länge gezogen, in Retroversion, leicht beweglich nach allen Richtungen und besitzt in der linken Wand einen prominenten Tumor. Das linke Ovarium höckerig, an normaler Stelle von Mandelgrösse, das rechte über der Symphyse zu fühlen, von Taubeneigrösse und glatt, beide unschmerzhaft. Von dem Abdomen her ohne combinirte Untersuchung ist der Uterustumor schon

[1]) Diese Fälle sind in dem inzwischen erschienenen 2. Bande des Lehrbuchs der Gehirnkrankheiten von *Wernicke* ausführlich mitgetheilt worden (S. 233—242). Es handelt sich um drei im Verlaufe und im Krankheitsbilde sehr ähnliche Fälle, in welchen unter schweren Allgemeinerscheinungen (Bewusstseinestörungen, Somnolenz oder Delirien) sich den oben geschilderten analoge combinirten Augenmuskellähmungen entwickelten. Die Kranken zeigten ausserdem eine geringe Ataxie und Steifigkeit der Beine und der Process führte bei Allen sehr acut in 10—14 Tagen zum Tode. Die Autopsie ergab (*Wernicke* fügt noch einen analogen von *Gayet* mitgetheilten Fall mit viel langsamerem Verlauf bei) eine flächenhafte von dem hintern Theil des Bodens des 3. Ventrikels durch den Aquäduct bis zum obern Theil der Haubengrube sich erstreckende hämorrhagische Encephalitis. *Wernicke* giebt dieser Affection unter Betonung der Analogie derselben mit den entsprechenden Processen der spinalen Nervenkerne den Namen Poliencephalitis superior, während er als Poliencephalitis inferior die analogen bulbären Affectionen bezeichnet. Ich halte diese Nomenclatur für eine sehr zweckmässige.



leicht zu umgreifen und reicht bis zwei Finger unter den Nabel. Die Untersuchung mit dem Speculum ergibt nichts Besonderes. Nach Erweiterung des Cervix mit Laminaria und *Hegar*'schen Stiften zeigt sich der Tumor der linken Wand nur wenig prominirend gegen die Uterusschleimhaut, ist aber wegen der Härte und Unnachgiebigkeit der Vaginalportion nur sehr mühsam zu erreichen.

Zunächst wurde die Patientin gut genährt, die Blutung mit heissen Irrigationen, Ergotin, Atropininjectionen bekämpft, aber ohne sonderlichen Erfolg, und sie allmälig zu einer Operation vorbereitet.

In Betracht musste in diesem Falle zunächst die Castration gezogen werden, welche hier leicht auszuführen gewesen wäre, da die beiden Ovarien so sicher palpirt werden konnten. Gegen dieses Verfahren sprach das Alter der Patientin, welches dem climacterischen schon zu sehr sich näherte, vor Allem aber das Aufhören der Periodicität der Blutung in letzter Zeit. Das einfache Einschneiden der Uterusschleimhaut über dem Tumor zur Erregung der Selbstenucleation schien mir bedenklich wegen der grossen Anæmie und Cachexie der Patientin und der Starrheit des Cervix; zudem fehlt mir eigene Erfahrung über diese Operation. Die supravaginale Amputation verwarf ich von vornherein, weil ich diesem Eingriff wegen der Gefahr der Darmknickung abgeschworen hatte. Es blieb also nur die totale Ectomie der Gebärmutter mit Bauch- oder Vaginalschnitt übrig. Da ich kurz vorher mit der Scheidenexstirpation des Uteruskrebses so gute Resultate verzeichnen konnte, so entschloss ich mich, diese Operation zu versuchen und derselben eventuell, wenn die Grösse des Tumors die Entbindung nach unten vereiteln sollte, die Laparotomie nachzuschicken. Für die vaginale Exstirpation konnte ich mich besonders deshalb begeistern, weil der Eintritt des Shockes weniger zu fürchten, als bei der Eröffnung der Bauchhöhle von oben, weil der Verlauf nach der Operation ein so einfacher und weniger gefahrloser ist. Drei Tage vor der beabsichtigten Hysterotomie erhielt Pat. neben flüssiger Diät und leichten Abführmitteln, Bismuthum subnitricum à 4,0 pro die und Kali chloricum à 5,0 pro die, um die Därme zu präpariren.

O p e r a t i o n 9. M a i 1 8 8 1. Tiefe Chloroformnarcose mit Morphiuminjection, Steinschnittlage mit erhöhtem Becken. *Simon*'sches Speculum und Scheidenhalter dilatiren die Vagina. Der Cervix wird mit starken Kugelzangen bis zur Vulva herabgezogen, die Scheidenschleimhaut rings um die Portio eingeschnitten und theils stumpf, theils mit der Scheere bei minutiöser Stillung der spärlichen Blutung im lockern Bindegewebe dicht an der Gebärmutter nach oben gedrungen. Bald präsentirt sich vorn und hinten der Peritonealsack. Zunächst wird dieser vornen und dann hinten eingeschnitten, wobei sehr viel klare seröse Flüssigkeit abfliesst, und nun mit zwei Fingern versucht, vom Douglas aus den Uterus herunter zu holen, was aber wegen seiner Grösse misslingt. Nun wird ein starker, spitzer Hacken dicht über der Vaginalportion in die hintere Wand der Gebärmutter eingeschlagen und daran ein Zug ausgeübt, dann an dem langsam folgenden Corpus Uteri ein zweiter Hacken weiter oben eingesetzt und so fort, bis endlich der Fundus unter bedeutendem Zuge, nach unten umgespült, vor der Vulva erscheint. Ihm folgen beide Ovarien. Nun werden langsam und behutsam die Ligamenta lata, welche sich sehr straff spannten, nach Aussen von den Ovarien durchgetrennt und zwar so, dass kleine Gewebspartien mit Pinces hémostatiques gefasst, durchschnitten und mit carbolisirter Seide unterbunden werden. Kein einziges Gefäss spritzt, Darmschlingen kommen während der Operation keine zum Vorschein. Die grosse Oeffnung im Peritoneum und der Scheide wird nicht zugenäht, da die Gewebe eine grosse Neigung zeigen, sich spontan einander zu nähern, ein dickes, starres Drainrohr, das nur oben Oeffnungen besitzt, bis zum Promontorium emporgeschoben, und am Scheidenausgang angenäht und durch dasselbe warmes Salicylwasser eingespült, bis dieses klar abläuft und die Vagina mit Listergaze leicht tamponirt. Da die Patientin keine 30 grmm. Blut verloren, während der kaum eine Stunde dauernden Operation in Flanell und Watte gut eingewickelt war, ist von Collaps keine Spur wahrzunehmen. Ueber das Abdomen kommt ein comprimirender Verband mit Salicylwatte, um die Därme ruhig zu stellen und die saugende Wirkung der Bauchpresse zu mässigen.

Der herausgeschnittene Uterus hat eine Länge von 17 cm., von welchen der Cervix 4 cm. einnimmt. Das Corpus ist unregelmässig kugelförmig, im grössten Umfang 30 cm. betragend, im Fundus ist ein apfelgrosses Fibroid, welches etwas nach der linken Seite

prominirt. Am untern Rande der Geschwulst ist die Schleimhaut des Uterus aufgelockert und wie eingeschnitten, indem hier offenbar eine Spontanlösung des Tumors begonnen, welche auch zu den heftigen Metrorrhagien Veranlassung gegeben hatte. Der Cervix ist verhärtet, verdickt, sonst aber ohne Veränderungen. Die Ovarien hart, glatt, eingekerbt. Die Serosa über dem Uterus ohne entzündliche Verdickung oder Trübung.

Aus dem weitern Verlauf ist zu notiren, dass die Patientin nie Collapserscheinungen zeigte, sich überhaupt wohl und behaglich fühlte. Das Abdomen war nie aufgetrieben, nicht empfindlich, nie Ructus oder Vomitus, Flatus gingen vom ersten Tage an ab, freiwilliger Stuhl trat am siebenten Tage ein. Urin wurde bald reichlich und spontan entleert. Die Zunge war immer feucht, bald stellte sich etwas Esslust ein. Die Secretion durch den Drain war im Anfang reichlich, serös, blutig gefärbt, bald wurde sie eitrig, etwas übelriechend. Der Puls war lange frequent bis zu 110 Schlägen, die Respiration normal, die Temperatur schwankte Anfangs zwischen 37,2 und 38,2° C., stieg dann am 10. Tage rasch auf 40,4, wurde aber am 12. Tage wieder normal. Mit der Erhebung der Curve war eine Secretstauung verbunden, welche dann wieder in einen reichlichen Fluss überging, weshalb der Drain immer noch liegen blieb. Am 17. Tage entleerte sich durch das Rohr bei sonstigem ungestörtem Befinden eine grosse Masse flockigen, übelriechenden, dünnen Flusses, welche am 19. Tage als Dünndarminhalt erkannt wurde. Dabei war jeden Tag fester Stuhl. Der Drain wurde sofort entfernt, noch immer war aber dem Ausflusse Koth beigemengt bis zum 25. Tag nach der Operation. Von jetzt an sistirte auch der Ausfluss überhaupt. Am 6. Juni, dem 29. Tage, wurde die Patientin mit dem Speculum untersucht und der vollständige Schluss der Wunde im Scheidengewölbe constatirt durch eine querverlaufende Narbe, in deren Mitte noch eine kleine granulirende Stelle war, welche mit dem Stifte geätzt wurde.

Damit war die Patientin vollständig geheilt. Die Behandlung bestand während der ganzen Zeit in lauwarmen, 2% Carboleingiessungen in das Drainrohr, 3—4 Mal des Tages, je nach Verhalten des Ausflusses. Die Vagina wurde nur 12 Stunden lang tamponirt gehalten. Die Pat. verhielt sich meist in halb sitzender Stellung. Der einzige Uebelstand ergab sich aus dem zu langen Liegenlassen des Drains, wodurch Decubitus einer Dünndarmschlinge entstand, welcher aber rasch und spontan sich wieder schloss. Sonst erwies sich die einfache Drainage als ganz genügend, indem nur an einem Tage eine Secretstauung vorhanden war. Interessant ist auch, dass trotz der enormen Wunde im Scheidengewölbe und dem Peritoneum, trotzdem keine Naht angewandt wurde, sich nie Zeichen eines Descensus der Darmschlingen einstellten, auch nie eine Störung in der Function derselben. Seit der Operation ist die Frau ganz leistungsfähig, sieht frisch, blühend und kräftig aus, wie ich mich vor einigen Tagen wieder überzeugen konnte.

2. Rosalie Moser von Bonigen, 51 Jahre alt, unverheirathet und kinderlos, war im 17. Jahre menstruirt, hat jetzt noch regelmässige Perioden, leidet wenig an Fluor, hatte nie Metrorrhagien. Das Spital sucht sie auf wegen Parese des linken Beines mit starken neuralgischen Schmerzen. Erfreut sich sonst des besten Befindens.

Eintritt den 18. März 1880, geheilt entlassen den 18. Juni 1880.

Pat. ist untersetzt gebaut, blühend, fett. Geringe Atrophie der linken untern Extremität. Der Gang ist hinkend, verursacht Schmerzen im Verlaufe des Nervus cruralis, welche dann besonders nach Anstrengungen heftig sind. Brustorgane gesund. Im Abdomen fühlt man einen grossen Tumor, welcher in der Mitte fest und stark höckerig ist, auf der linken Seite deutlich fluctuirt. Er reicht bis handbreit über den Nabel empor, ist wenig beweglich. Die Vaginalportion steht tief, im hintern Scheidengewölbe ist ein harter, glatter Tumor, welcher nur mit Mühe in die Höhe geschoben werden kann und sich als dem vergrösserten Uterus angehörend erweist. Die Sonde dringt mitten in den Tumor ein, etwa 12 cm. weit.

Am 6. April 1880 schritt ich zur Hysterotomie, welche die Pat. wegen der Schwäche und der Schmerzen im Beine wünschte, nachdem sie vorbereitet war, wie im obigen Fall. Unter 2% Carbolspray mit Dampfapparat, welcher während der ganzen Dauer der Operation spielte, eröffnete ich das Abdomen mit einer Incision, welche von der Symphyse bis 3 Finger breit über den Nabel emporreichte. Neben den Myomen des Uterus fanden sich beide Ovarien cystös degenerirt, das linke in der Grösse eines Kindskopfes, das rechte faustgross. Beide hatten bedeutende Adhæsionen. Nach Punction beider Cysten



und Lösung derselben, welche viele doppelte Unterbindungen mit Seide nöthig machte, wurde der Uterustumor, auf dessen Oberfläche eine Menge kleinerer und grösserer, gestielter und ungestielter, glatter und solider Anhängsel waren, aus dem kleinen Becken gehoben, wobei sich eine leicht zu trennende flächenhafte Adhæsion im Douglas zeigte. Der Raum, um den Stiel zu bilden, war sehr eng bemessen, indem die Myombildung am Collum uteri begann, deshalb musste eine sehr dicke Masse constringirt werden. Anlegung einer starken Drahtschlinge mit dem *Cintrat*'schen Schnürer, welcher in toto liegen blieb. Amputation des Tumors, wobei der Schnitt durch einen kleinen Fibroidknoten durchging. Da die Blutung sehr gering war, kurze Toilette des Peritoneums. Während der Operation waren die sehr ruhigen und der Wirbelsäule anliegenden Darmschlingen stets mit heissen in Thymolwasser getränkten Servietten bedeckt. Vernähen der Serosa exakt um den ganzen Stumpfcylinder, Schluss der Bauchwunde in der ganzen Ausdehnung durch Nähte, welche Haut, Muskulatur und Peritoneum parietale fassen, nebst einigen oberflächlichen Suturen. Die Schnittfläche des Stumpfes wird mit dem Paquelin oberflächlich gesengt, dann mit Ferrum sesquichloratum in Substanz bestreut und mit trockener Listergaze bedeckt. Der Schlingenschnürer auf das rechte Femur gelegt und über Alles ein exacter Listerverband applicirt. Dauer der Operation $1\frac{1}{2}$ Stunden. Der Tumor wiegt 8 ℔.

Pat., welche $35,7^0$ Temperatur und 84 Pulse nach dem Eingriffe zeigt, erholt sich unter Zuführung von Wärme sehr rasch. Der weitere Verlauf ist ein sehr glatter. Nie Erbrechen, nie Schmerzen im Bauch, bald Flatus, freiwilliger Stuhl am 10. Tage. Puls im Anfang frequent, bis 120 steigend. Temperatur am 4. Abend $38,4^0$, sonst immer normal. Der Stumpf geht rasch in trockene Gangræn über, die Schlinge, welche jeden Tag etwas angezogen wird, fällt schon am 7. Tage ab, es bildet sich ein tiefer Trichter, aus welchem noch bis zum 20. Tage wenig geruchloser Eiter abfliesst. Definitive Heilung den 19. Mai.

Seit der Operation ist Pat. stets gesund, die Schmerzen und die Schwäche des linken Beines sind nach Entfernung der auf den Nervus cruralis sinister drückenden Geschwulst gänzlich verschwunden. Bauchhernie ist keine eingetreten.

3. Frau Allemann-Hug von Welschenrohr, 48 Jahre alt, war mit 16 Jahren menstruirt, hatte 6 Kinder, fühlt seit 2 Jahren eine Zunahme des Leibes, die Perioden werden immer profuser, daneben übelriechender Fluor, in letzter Zeit Metrorrhagie.

Aufnahme in Spital den 1. Mai 1880, gestorben den 15. Mai 1880.

Die schwächlich gebaute, abgezehrte, sehr anæmische Frau mit deutlicher Facies uterina zeigt in abdomine eine mannskopfgrosse glatte, sehr bewegliche sphäroide Geschwulst, welche bis Nabelhöhe reicht. Cervix hart, verdickt. Ovarien nicht zu palpiren.

Operation den 7. Mai 1880. Schnitt bis zum Nabel. Tumor nirgends verwachsen, die nicht degenerirten Ovarien zu beiden Seiten sehr hoch liegend. Entwicklung leicht, Collum in die Länge gezogen, schmal. Anlegung einer Drahtschlinge mit *Cintrat*'schem Schnürer, der liegen bleibt. • Weitere Behandlung wie im obigen Falle.

Dauer der Operation $\frac{3}{4}$ Stunden. Die Geschwulst wiegt 6 ℔, ist ein mannskopfgrosses, glattes Fibroid der linken Wand des Uterus. Kein Collaps, kein Erbrechen. Bis zum 5. Tage Verlauf ausserordentlich günstig, Flatus, Stuhlgang, Temperatur normal. Puls 80, kein Durst, Neigung zu Appetit. Am 5. Tage Erbrechen, Schmerzen im Leibe, der Stumpf secernirt wenig geruchlosen Eiter, Temperatur nicht erhöht, Puls 100, starker Durst, Unruhe der Patientin. Am 7. Tage Temperatur 39,0, Puls 120, anhaltendes grünes Erbrechen, Verstopfung. Leib wenig aufgetrieben, aber sehr schmerzhaft. Tod den 15. Mai.

Die Section ergab den Stumpf, an dem der Draht noch haftete, mit geruchlosem Eiter bedeckt, sein Gewebe aufgelockert. Die Darmschlingen in seiner Umgebung mit einander verwachsen, mit grünem, schmierigem Eiter bedeckt. Kein freies Exsudat in der Peritonealhöhle. Uebrige Organe normal.

In diesem Falle war von dem einer feuchten Gangrän mit Eiterung anheimfallenden Stumpfe aus erst am 5. Tage per contiguitatem eine Peritonitis suppurativa adhæsiva entstanden, welche aber nicht, wie in den meisten Fällen, zu einer allgemeinen jauchigen geführt hatte, sondern wo die Infection nur langsam den Därmen entlang gekrochen war.

Aehnliche Fälle sind gerade aus der Geschichte der extraperitonealen Behandlung des Uterusmyoms hinlänglich bekannt.

4. Frl. E. T., 45 Jahre alt, nullipara, mit 15 Jahren zum ersten Male menstruirt, hat ihre Periode bis auf den heutigen Tag stets gering, etwas schmerzhaft, aber ganz regelmässig, in der letzten Zeit prolongirt, kein Fluor. Leidet viel an hysterischen Beschwerden aller Art, besonders Herzklopfen. Seit 1½ Jahren wird sie beängstigt durch Zunahme des Unterleibes, wo die Untersuchung einen im kleinen Becken tief stehenden, eingekeilten Tumor entdeckt, welcher mit Gewalt emporgehoben wird. In der letzten Zeit ist das Wachsthum dieser Geschwulst ein rasches und führt zur Zunahme der nervösen Symptome, besonders Beengung der Respiration, Herzpalpitationen, Schlaflosigkeit und Cardialgie.

Patientin ist blass, schwächlich, mager, der untere Theil des Abdomens aufgetrieben durch eine kuglige, glatte, mannskopfgrosse, sehr bewegliche Geschwulst mit einem apfelgrossen Höcker auf der vordern Fläche. Die obere Grenze ist handbreit über dem Nabel. Kein Ascites. Die innere Untersuchung erzeigt einen jungfräulichen, dünnen Cervix, welcher bei Bewegungen des Tumors deutlich mitgeht, die Sonde dringt 12 cm. nach links in das Cavum uteri.

Operation den 11. Januar 1881. Bauchschnitt bis einen Fingerbreit über Nabel. Rechtes Ovarium cystisch degenerirt, faustgross mit einer breiten, sehr gefässreichen Adhæsion mit dem Colon ascendens, welche doppelt unterbunden und durchschnitten wird. Linkes Ovarium normal. Uterustumor nirgends verwachsen, nur sind die Ligamenta utero-vesicalia so stark verdickt und verkürzt, dass sie doppelt unterbunden und durchtrennt werden müssen, um die Geschwulst ohne Zerrung herausbefördern zu können. Das Collum uteri ist verlängert und so dünn, dass mit Leichtigkeit eine balkenförmige Ovarialklammer kleinster Façon nach *Spencer Wells* um dasselbe gelegt werden kann. Unter dem Myom wird amputirt, der Stumpf oberflächlich gebrannt und mit Ferrum sesquichloratum imprägnirt. Die Därme sehr ruhig. Listerverband ohne Drainage. Dauer der Operation ¾ Stunden, kein Blutverlust.

Der Tumor ist ein subseröses Fibromyom der rechten Uteruswand mit einer Cyste auf der vordern Fläche von Apfelgrösse, mit gelblichgrünem, serösem Inhalte gefüllt. Gewicht 6 ℔. Unmittelbar nach der Operation enorme psychische Aufregung der Pat., welche sich erst nach mehreren Stunden auf Morphiuminjectionen legt. Kein Collaps. Verlauf bis zum 9. Tage ordentlich, nur ist der Puls immer frequent, die Temperatur subfebril am Abend, die Zunge trocken, bedeutender Durst. Geringes Erbrechen am 4. Tage. Der Stumpf fängt vom 3. Tage an zu jauchen, die Klammer hängt am 8. Tage nur noch an schwarzen Fetzen und wird weggeschnitten, worauf sich bald ein tiefer Trichter bildet. Am 9. Tage Frösteln, Temperatur 39,0, Puls 140, Erbrechen, Schmerzen auf der linken Seite der Unterbauchgegend. Entwicklung einer septischen Peri- und Parametritis, die sich abkapselt, zu einem eitrigen Exsudate im Douglas und der Excavatio vesico-uterina führt, welches sich allmälig in dem Bindegewebe zwischen Rectum und Blase senkt, wo der Abscess von der Scheide aus am 18. Tage mit einem dicken Troicart eröffnet wird und viel übelriechende, dünne Jauche entleert. Der Abscess sammelt sich wieder und wird zum zweiten Male am 25. Tage entleert. Von jetzt an ist die Reconvalescenz eine schnelle, der Trichter reinigt sich rasch und füllt sich mit kräftigen Granulationen. Pat. steht nach Ablauf der 5. Woche auf.

Pat. leidet in den ersten Monaten nach der Operation sehr an den Symptomen des anticipirten Climax, welcher sich hauptsächlich durch sehr frequenten Puls und fliegende Hitze nach dem Gesichte und besonders den Ohren manifestirt. Bei der geringsten Aufregung wird die Haut dieser Partien glänzend roth, manchmal blos auf der einen, manchmal auf beiden Seiten zugleich. Die Fettentwicklung, besonders der Bauchhaut, nimmt sehr zu und Pat. ist stärker, als je vor der Hysterotomie. Eine Fistel, welche wenig Eiter secernirt und durch welche 2 Mal Seidenligaturen ausgestossen wurden, besteht an der Stelle der Stielabschnürung noch im Monat August, soll sich aber seither definitiv geschlossen haben. Ueberhaupt ist das Befinden in der letzten Zeit ein vorzügliches.

5. Frau S., 48 Jahre alt, war sehr frühe menstruirt, hatte mit 20 Jahren ein Kind, leidet an einer Bauchgeschwulst seit 10 Jahren. In der ersten Zeit waren die Menses

reichlicher und länger als vorher, die Menopause wurde immer kürzer und machte in der letzten Zeit einer anhaltenden Metrorrhagie Platz. Pat. will zu wiederholten Malen Anfälle von Bauchentzündung durchgemacht haben. Sonst ist das Befinden gut.

Die blühende, fette, kräftige Frau zeigt im Abdomen eine bis in das Epigastrium reichende harte, mit vielen Höckern besetzte, wenig bewegliche Geschwulst, welche weit in das kleine Becken hinabreicht. Die Vaginalportion verdickt, lässt den Zeigefinger weit eindringen. Uebrige Organe normal.

Aufnahme in das Spital den 22. März 1881, gestorben den 30. März 1881.

Operation den 25. März. Bauchschnitt bis handbreit über den Nabel. Die Entwicklung des Tumors ist sehr mühsam, da überall breite, sehr gefäss-, besonders venenreiche Adhæsionen sind, welche doppelt mit gekochter Seide unterbunden und durchschnitten werden. Im Douglas sind flächenhafte Adhæsionen, welche mit der Hand gelöst werden. Während der Operation Brechreiz und grosse Unruhe der Därme, welche mehrere Male unter der Thymolcompresse hervorschlüpfen. Der mächtige Stumpf wird mit einer Ecraseurkette in einem Schlingenschnürer comprimirt, letzterer abgenommen und der Stiel mit zwei langen Nadeln fixirt. Die Toilette des Bauches wird sehr sorgfältig gemacht, da aus den Adhæsionen Blut geflossen war. In die Excavatio vesico-uterina wird ein Drainrohr gesenkt. Der Stumpf wird mit starker Chlorzinklösung mumificirt, das Peritoneum für sich geschlossen, die Haut und die Muskulatur aber nur oben vernäht, so dass um den Stiel ein trichterförmiger Raum sich bildete, wie es von *Hegar* angegeben wird. Listerverband. Dauer der Operation 1½ Stunden.

Das Myom wog 9 ℔, der Uteruscanal befand sich im linken Theile der Geschwulst mit aufgelockerter Mucosa. Die Ovarien nicht mehr aufzufinden.

Nach der Operation Befinden sehr gut, kein Collaps, kein Erbrechen, Urin wird spontan und reichlich entleert. Am Abend Temperatur 36,6, Puls 68.

26. März. Morgentemperatur 38,2, Puls 80, Abendtemperatur 38,4, Puls 84. Kein Erbrechen, leichte Schmerzen im Epigastrium, keine Unruhe, Urin reichlich, kein Durst. Verbandwechsel. Stumpf trocken. Kein Meteorismus. Kein Flatus.

27. März. Morgentemperatur 37,6, Puls 82, Abendtemperatur 37,9, Puls 96.

Wohlbefinden, kein Meteorismus, am Nachmittag 2 Mal schwach grün gefärbtes Erbrechen, kein Flatus. Verbandwechsel. Stumpf ganz trocken.

28. März. Morgentemperatur 38,0, Puls 92, Abendtemperatur 38,4, Puls 100.

In der Nacht mehrere Male grünliches Erbrechen, kein Flatus. Zunge feucht. Befinden gut. Wenig Meteorismus. Druckschmerz des Abdomens unbedeutend. Calomel innerlich. Eineguss.

29. März. Morgentemperatur 38,8, Puls 120, Abendtemperatur 39,0, Puls 140.

Grosse Unruhe und Angst, viel Durst, Erbrechen schwärzlicher flockiger Massen, kein Flatus. Meteorismus vermehrt. Druckschmerz gering.

Da die Erscheinungen der innern Incarceration immer deutlicher wurden, die Eingiessungen resultatlos blieben, entschloss ich mich zur nochmaligen Eröffnung des Abdomens am Nachmittag. Nach Lösung der untern Suturen zeigte sich eine der oberflächlichen Dünndarmschlingen in einem spitzen Winkel abgebogen, mit dem Uterusstiele leicht verlöthet. An der Berührungsstelle war eine missfärbige Furche. Oberhalb dieser Knickung waren die Därme meteoristisch ausgedehnt und quollen reichlich zur Bauchwunde hervor, konnten nur mit Mühe zurückgehalten werden, unterhalb derselben war die Darmwandung collabirt. Leicht gelang es, die Achsendrehung zu heben, schwieriger die Därme wieder in das Abdomen zu schieben. Die ganze Operation nahm eine halbe Stunde in Anspruch.

Wir hatten noch die Freude, dass die Pat. Flatus bekam. Am Morgen des 30. März starb sie aber unter den Erscheinungen des Collapses.

Die Autopsie ergab eine vollständige Mumification des Stieles, der zum Abfallen bereit war, keine Spur von septischer Peritonitis, nirgends Eiterdépôts. Am Darme, wo die Achsendrehung war, befand sich eine gangränöse Furche, ohne Perforation. Die Darmschlingen oberhalb dieser Stelle erschienen venös gestaut, auf der Serosa befanden sich reichliche Ecchymosen. Bei diesem operativ so schwierigen Falle war der Exitus lediglich dem Volvulus zuzuschreiben.

(Fortsetzung folgt.)

Vereinsberichte.

Ordentliche Frühjahrssitzung der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft des Cantons Zürich.

Dienstag, den 10. Mai 1881, um 11 Uhr, in der „Sonne" in Küssnacht.
Anwesend 62 Mitglieder.

Der Präsident berichtet, nachdem er die Anwesenden begrüsst, über die Erledigung der in der letzten Sitzung dem Comité ertheilten Aufträge, hält Ausschau über die in nächster Zeit unser wartenden Aufgaben, wie z. B. die Frage der unentgeltlichen Krankenpflege, und gedenkt mit kurzen Necrologen des Hinschiedes unserer Collegen, des Dr. *Carl Fischer* (geb. 1850) in Altstetten, des Dr. *Alb. Volkart* (geb. 1834) in Hombrechtikon, und des Dr. *Joh. Heinr. Städeli* (geb. 1801) in Bassersdorf.

Nach Feststellung der Tractandenliste folgt der

Vortrag von Prof. Dr. *Fr. Horner* über hereditäre Syphilis und ihre Beziehung zu Erkrankungen des Auges.[1]) Die Resultate der neueren Forschungen, welche allerdings noch nicht allgemein acceptirt sind (*Kassowitz*, *Fournier* etc.) sind: 1) das sperma syphilit. allein, das ovulum syphilit. allein, und beide zusammen, machen hereditäre Syphilis; 2) Syphilis geht nicht vom Fœtus zur Mutter, und nicht von der Mutter zum Fœtus; 3) in den ersten Jahren nach nicht ausreichend behandelter Syphilis bekommen die Eltern nur ausnahmsweise ein lebensfähiges Kind; 4) Gesetz der Abschwächung der Vererbung: zuerst folgt Abortus, dann Frühgeburt, dann Todtgeburt, dann lebendes Kind, das im ersten Halbjahr stirbt, dann lebensfähiges Kind. (Nach *Kassowitz* starben 58% ausgetragener syphil. Kinder im ersten ½ Jahr, nach *Fournier* starben von 4 Kindern syphil. Mütter 3); 5) Die Sterilität constitutionell-syphilitischer Mütter ist eine Fabel, die allerdings noch im Jahr 1881 in verbreiteten Lehrbüchern aufrecht erhalten wird. Sie concipiren im Gegentheil sehr leicht (*H.* kennt eine solche Mutter mit 14 Conceptionen).

Der Ausbruch des syphilitischen Exanthems erfolgt fast ausnahmslos im Verlaufe der ersten 3 Monate, und zwar um so früher, je heftiger die Erkrankung zur Zeit der Infection war.

Ist nun das Bild, das die überlebenden Kinder zeigen, ein ganz präcises? und lässt es sich von Scrophulose, Rhachitis und Tuberculose scharf abgrenzen?

Zur Beantwortung dieser Fragen hebt *H.* aus dem ophthalmologischen Material, das unter bestimmten Cautelen gesammelt ist (wichtig ist namentlich auch die Beobachtung eines und desselben Individuums durch eine lange Reihe von Jahren), vorerst die das Auge betreffenden Eigenthümlichkeiten hervor:

1) Die Keratitis interstitialis diffusa oder Keratocyclitis specifica beginnt nicht im Centrum, sie ist eine Immigrationsform, eine Krankheit des Ernährungsgebietes der Hornhaut (Ciliargefässe), also ursprünglich durchaus keine Hornhauterkrankung. Es findet sich nie ein Geschwür, nie ein Defect, die Hornhaut ist nicht der locus

[1]) Es kann hier nur ein kurzes Referat des Vortrages gegeben werden. Actuar.

morbi, sondern sie verhält sich zuerst passiv und ist nur der Verbreitungsort der Krankheit, dagegen finden sich Iris und Glaskörper oft daneben erkrankt, und meist, wenn die Hornhaut wieder klar geworden, können Herde in der Chorioidea nachgewiesen werden.

2) Die Iritis specifica, die der Vortragende ebenfalls genauer charakterisirt.

3) Die Chorio-Retinitis specifica ist nicht doppelseitig, sondern gewöhnlich einseitig, und schon deshalb nicht dieselbe Erkrankung wie Retinitis pigmentosa (Hemeralopie), die immer beidseitig ist.

Der Vortragende illustrirt diese Aufstellungen durch Beispiele. Die primäre Localisation der hereditären Syphilis ist im Uvealgebiet, der Pia des Auges (*Heubner*'s Endarteriitis deformans ist in der Uvea nachgewiesen). Im Vergleich zur acquirirten Syphilis ist wohl die Localität dieselbe, aber Verlauf und Ausdehnung sind anders.

Von den übrigen Erscheinungen, die zum Bilde der hereditären Lues gehören, fanden sich in dem betreffenden grossen Material:

1) Gesichtsform, Narben und Ausschläge	in 52%
2) Zähne *(Hutchinson)*	„ 40 „
3) Periostitis und Gelenkentzündungen (wobei die Prognose günstig)	„ 27 „
4) Drüsennarben mit der bestimmten Localisation	„ 25 „
5) eingefallene Nase, Ozæna, Dacryofisteln	„ 20 „
6) Ohrenerkrankungen, Taubheit	„ 12 „
7) Gaumenaffectionen etc.	„ 10 „
8) Prurigo	„ 3 „

Diese Erfahrungen zusammengenommen berechtigen vollständig zu dem Schluss, dass sich die hereditäre Lues von Scrophulose, Tuberculose und Rhachitis (contra *Parrot*) scharf abgrenzen lässt. Rhachitis kommt bei hereditär Luetischen nach *Kassowitz* auffallend häufig vor, bei *H.* indess nur in 4% der Fälle. Vielleicht werden die folgenden Generationen leichter rhachitisch.

Zum Schluss betont der Vortragende die Wichtigkeit andauernder Behandlung der primären Formen, welche sehr oft zu ganz gesunden Kindern führt.

Neu aufgenommen werden: Prof. Dr. *Krönlein*, Prof. Dr. *Ziegler*, Dr. *C. Veraguth*, Dr. *H. Strehler* und Dr. *Hegetschweiler*.

Prof. Dr. *Edm. Rose* und Prof. Dr. *C. Eberth*, die Zürich verlassen haben, werden von der Gesellschaft zu Ehrenmitgliedern ernannt.

(Schluss folgt.)

Referate und Kritiken.

Mittheilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte.

Herausgegeben von Dr. *Struck*. Bd. I. Mit 14 photolithographischen Tafeln. Berlin, 1881.
Druck und Verlag der Norddeutschen Buchdruckerei und Verlagsanstalt.
Zu beziehen durch Louis Gerschel, Verlagsbuchhandlung.

(Schluss.)

Die Arbeiten, deren Inhalt im Obigen kurz angedeutet ist, treten übereinstimmend ein für die specifische Eigenthümlichkeit und die Constanz der verschiedenen pathogenen Organismen gegenüber der durch Forscher wie *Nägeli*, *Buchner*, *Wernich* etc. vertretenen Lehre von der Anpassung und Umwandlung dieser Organismen.

Es liegt auf der Hand, von welcher practischen Tragweite die Entscheidung der streitigen Frage nach der einen oder andern Richtung ist. Die volle Bedeutung der Desinfection steht und fällt ja eigentlich mit der Specifität und Constanz der pathogenen Microorganismen. Oder lohnte es sich noch der Mühe, Contagien zu vernichten, die sich in jedem Augenblicke aus überall massenhaft verbreiteten Keimen neu bilden und ebenso schnell wieder in diese unschädlichen Organismen übergehen können?

Um so mehr mussten die Mitglieder des Reichsgesundheitsamtes von ihrem Standpuncte aus die Verpflichtung fühlen, auch über die Vernichtung der pathogenen Organismen präcise und zuverlässige Forschungen anzustellen und sie sind dieser Verpflichtung nachgekommen in der im Eingang erwähnten Reihe von

Arbeiten über Desinfection,

welche eine Fülle zum Theil sehr überraschender Aufschlüsse bringen, wovon nur Weniges noch angeführt sei.

Der Einfachheit wegen wurde als Maassstab für die Leistungsfähigkeit eines Desinfectionsmittels seine Wirkung auf Microorganismen gewählt unter specieller Berücksichtigung der widerstandsfähigen Sporen; verlangt wurde von einem Desinfectionsmittel „vollständige Tödtung aller Microorganismen und ihrer Keime.“ Da unter Umständen, wenn eine vollständige Desinfection der Infectionsstoffe nicht erreichbar ist, auch eine vorübergehende Verhinderung ihrer Entwicklung Werth hat, so fand auch eine Prüfung der verschiedenen Substanzen auf ihre entwicklungshemmende Fähigkeit statt. Als Repräsentanten von Bacterien, welche keine Sporen bilden, dienten die Bacterien des blauen Eiters und Micrococcus prodigiosus; als sporenhaltiges Material vor Allem Milzbrandsporen.

Zunächst wurden Carbolsäure, schweflige Säure und Chlorzink geprüft mit sehr überraschendem Resultat.

Schweflige Säure. In einem Desinfectionskasten, der 1 Volumsprocent schweflige Säure enthielt, waren feuchte Micrococcen nach 2, trockene Micrococcen und Milzbrandbacillen nach 20 Minuten getödtet; Sporen dagegen auch nach 4 Tagen nicht, selbst bei einem Gehalt des Desinfectionsraums von Anfangs 6, am Ende 3 Volumsprocent. Eine wässrige Lösung von über 11 Gewichtsprocent schwefliger Säure hatte nach 24 Stunden Einwirkung nur eine geringe Verzögerung im Wachsthum der Milzbrandsporen bewirkt. Erwies sich somit schweflige Säure als sehr unzuverlässiges Desinfectionsmittel, so zeigte sich Chlorzink als gänzlich werthlos. Eine 1% Lösung (wo nichts anderes bemerkt, sind im Folgenden stets wässrige Lösungen verstanden) vernichtete nach 48 Stunden Micrococcus prodigiosus noch nicht völlig; eine 5% Lösung beeinträchtigte Milzbrandsporen, welche einen Monat (!) lang darin gelegen hatten, nicht in ihrer Entwicklungsfähigkeit.

Auch der Werth der Carbolsäure entsprach nicht den bisherigen Annahmen. Eine 1% Lösung tödtete allerdings frische Milzbrandbacillen schon nach 2 Minuten, hatte aber auf Sporen selbst nach 15 Tagen keine bemerkenswerthe Wirkung. 2% Lösung bewirkte bei Milzbrandsporen vom 3. Tage an Verspätung, vom 5. an auch verminderte Kraft in der Entwicklung. Erst 5% Lösung tödtet mit Sicherheit nach 2 Tagen.

In Oel oder Alcohol gelöst (zu 5%) äussert Carbolsäure auch nicht die geringste desinficirende Wirkung; nicht nur Sporen, sondern selbst Bacillen werden nicht beeinflusst; analog verhalten sich übrigens auch andere Stoffe, wie Salicylsäure und Thymol. Gegenüber von wasserhaltigen Substanzen, wie z. B. in Wunden, kann natürlich durch Abgabe von Carbolsäure aus der öligen Lösung an das Wasser sich eine gewisse antiseptische Wirkung geltend machen; auf trockene Gegenstände aber (Instrumente, Seide, Catgut etc.) wirkt Carbolöl nicht mehr, als reines Oel, was den von *Volkmann* beobachteten Fall von Milzbrandinfection durch Catgut sehr begreiflich macht.

Zur Verhinderung der Bacterienentwicklung genügten natürlich viel geringere Mengen von Carbolsäure. Eine merkliche Behinderung des Wachsthums von Milzbrandbacillen trat schon ein bei 1 : 1250 Nährlösung; eine vollständige Hemmung bei 1 : 850; stärkere Concentration 1 : 400—500 war nöthig bei aus der Luft in Fleischwasser gerathenen Bacterienkeimen.

Carbolsäure in Dampfform hat bei gewöhnlicher Temperatur (von 15—20°) keine

desinficirende Wirkung; sporenhaltige Erde wurde Carboldämpfen bis zu 45 Tagen ausgesetzt; die jeweilen entnommenen Proben rochen stark nach Carbolsäure, ohne dass die Keimkraft der Sporen irgendwie beeinträchtigt war. Dagegen ergab sich bei gleichbleibender Carbolsäuremenge mit zunehmender Temperatur eine rasche Steigerung der Wirkung, so dass bei 55° nach 1½ Stunden schon viele Sporen vernichtet und nach 3 Stunden nur noch wenige entwicklungsfähig waren.

Die Carbolverbindungen stehen in ihrer Desinfectionswirkung sämmtlich der reinen Carbolsäure nach.

Es wurde nun im weitern eine grosse Reihe von Stoffen auf ihre Desinfectionskraft geprüft; Vernichtung der Milzbrandsporen nach 1 Tag wurde nur bewirkt durch folgende wässerige Lösungen: frisches Chlorwasser, Bromlösung (2%), Jodwasser, Sublimatlösung (1%), Lösung von übermangansaurem Kali (5%), Osmiumsäurelösung (1%), so dass, da die beiden letzten Mittel für die Praxis im Grossen ausser Betracht fallen, nur Chlor, Brom, Jod und Sublimat übrig bleiben. Glycerin und absoluter Alcohol zeigten bei monatelanger Einwirkung keinen nachtheiligen Einfluss. Beiläufig bemerkt, beobachtete *Koch* auch, dass Milzbrandsporen nach monatelangem Aufenthalte in destillirtem und in Wasserleitungswasser ihre unveränderte Entwicklungsfähigkeit bewahrt hatten, während nach *Nägeli* „Contagienpilze, welche in's Wasser gelangen, kaum einige Tage lebensfähig bleiben" sollen.

Dämpfe von 2% Bromlösung wirkten ebenso tödtlich nach 24 Stunden auf Sporen, wie die Lösung selbst. Dämpfe von Chlorwasser bleiben etwas, und Dämpfe von 2% (alcoholischer) Jodlösung ziemlich stark hinter der Wirkung der betreffenden wässerigen Lösungen zurück.

Für die Praxis ergeben sich folgende Winke: Zur Desinfection grösserer Objecte (wie z. B. Eisenbahnwagen), wo durch eine kurz dauernde Befeuchtung die Wirkung erzielt werden muss, ist allein Sublimat zu empfehlen, der in einer Verdünnung von 1 : 20,000 nach 10 Minuten und bei 1‰ Lösung in wenigen Minuten (1—2malige Anfeuchtung durch Spray) auch die widerstandsfähigsten Keime tödtet. Für Kielräume von Schiffen empfiehlt sich ebenso Sublimat oder auch Carbolsäure; für Wohnräume u. dergl. ist an Stelle der vielfach angewandten schwefligen Säure wieder Chlor und Brom zu verwenden.

Eine weitere Versuchsreihe beschäftigte sich mit der entwicklungshemmenden Wirkung verschiedener Mittel bei Milzbrandbacillen. Die Resultate gelten nur für die in Anwendung gekommenen Nährlösungen (Blutserum und neutralisirte Fleischextract-Peptonlösung). Chlor, Brom und Jod, die im Wasser so rasch vernichtend wirken, treten hier weit hinter andere Mittel zurück.

Es bewirkte	merkliche Behinderung der Entwicklung	Aufhebung der Entwicklung
Jod	1 : 5,000	
Brom	1 : 1,500	
Uebermangansaures Kali	1 : 3,000	
Sublimat	1 : 1,000,000	1 : 300,000
Allylalcohol	sehr geringe Mengen (1 : 167,000)	
Senföl	1 : 330,000	1 : 33,000
Thymol	1 : 80,000	
Terpentinöl	1 : 75,000	
Pfeffermünzöl	1 : 33,000	
Arseniksaures Kali	1 : 100,000	1 : 10,000
Borsäure (ähnlich Carbolsäure)	1 : 1,250	1 : 800
Salicylsäure	1 : 3,300	1 : 1,500
Chinin	1 : 830	1 : 625
Chlorsaures Kali	1 : 250	
Natr. benzoïc.	1 : 200	
Alcohol	1 : 100	1 : 12,5

Neben Sublimat, der auch hier wieder in erster Linie steht, bleiben also wesentlich einige ätherische Oele, Thymol und Allylalcohol.

Die starke Wirkung des Sublimats veranlasste *Koch* zu Versuchen durch vorgängige Sublimatinjectionen bei Meerschweinchen, welche mit Milzbrand inficirt wurden, das Wachsthum der Milzbrandbacillen abzuschwächen oder zu unterdrücken. Diese Versuche fielen aber vorläufig negativ aus.

In gleicher Weise wie eine Reihe chemischer Desinfectionsmittel wurde nun auch die Desinfectionskraft heisser Luft an ihrer Wirkung auf Sporen und sporenfreie Bacterien geprüft. *Koch* und *Wolffhügel* fassen das Ergebniss ihrer Untersuchung folgendermaassen zusammen:

„1) In heisser Luft überstehen sporenfreie Bacterien eine Temperatur von wenig über 100° bei einer Dauer von $1^1/_2$ Stunden nicht.

2) Sporen von Schimmelpilzen erfordern zur Abtödtung ungefähr eine $1^1/_2$stündige Temperatur von 110—115° C.

3) Bacillensporen werden erst durch 3stündigen Aufenthalt in 140° C. heisser Luft vernichtet.

4) In heisser Luft dringt die Temperatur in die Desinfectionsobjecte so langsam ein, dass nach 3—4stündigem Erhitzen auf 140° C. Gegenstände von mässigen Dimensionen, z. B. ein kleines Kleiderbündel, Kopfkissen u. s. w. noch nicht desinficirt sind.

5) Das 3stündige Erhitzen auf 140° C., wie es zur Desinfection eines Gegenstandes erforderlich ist, beschädigt die meisten Stoffe mehr oder weniger.“

Diese unbefriedigenden Resultate führten weiter zu Untersuchungen über die desinficirende Wirkung heisser Wasserdämpfe. Wie zu erwarten war, leisten dieselben bedeutend mehr, als heisse Luft. Im Dampfkochtopf genügte z. B. „die 10 Minuten dauernde Einwirkung der Wasserdämpfe von 95° C. (einschliesslich der Zeit, welche erforderlich war, um diese Temperatur zu erreichen), um Milzbrandsporen zu tödten, während Gartenerde unter diesen Umständen noch nicht völlig sterilisirt war;“ letzteres wurde in gleicher Zeit erst erreicht bei einer Temperatur von 105° C. Grössere in besondern Gefässen befindliche Wassermengen und ebenso angefeuchtete feste Körper nehmen im Dampfkochtopf nur langsam die Temperatur des umgebenden Dampfes an. Doch dringen in trockene poröse Gegenstände Wasserdämpfe viel schneller ein, als heisse Luft; z. B.:

betrug die Temperatur in der Mitte einer (bei den verschiedenen Versuchen gleichen) Flanellrolle		
	nach 4 Stunden in heisser Luft von 140—150° C.:	83 ° C.
	„ 1 Stunde im Dampfkochtopf bei 110° C.:	96,5° C.
	„ $1^1/_2$ Stunden im Dampfkochtopf bei 120° C.:	117 ° C.

Im ersten Falle waren weder Milzbrandsporen noch die in der Erde enthaltenen getödtet; im zweiten Falle waren die Milzbrandsporen getödtet und im letzten erwiesen sich auch die in der Erde enthaltenen Sporen als vernichtet.

Noch günstiger fielen Versuche in nicht dampfdicht geschlossenen Apparaten aus, wenn durch passende Vorrichtung der Abkühlung des Dampfes vorgebeugt wurde, so dass dessen Temperatur nicht nur dicht über dem siedenden Wasser, sondern bis zur Nähe der obern Mündung des Apparates 100° C. betrug.

Milzbrandsporen erlagen dem strömenden Wasserdampf von 100° schon nach 5, Sporen in Gartenerde nach höchstens 15 Minuten. „Unsere Versuche“, versichern *Koch* und seine Mitarbeiter, „berechtigen uns dazu, es als erwiesen anzusehen, dass Bacillensporen die Temperatur des siedenden Wassers nur wenige Minuten überstehen können.“

Auch grössere Desinfectionsobjecte, die sich bei allen frühern Versuchen als schwer desinficirbar erwiesen hatten, gelang es, in einem überdies mangelhaft construirten Apparate durch Dämpfe kochenden Wassers zu desinficiren. Die Beschädigung der Objecte ist jedenfalls nicht grösser, als bei trockener Hitze. Es empfiehlt sich also überall da, wo Hitze zur Desinfection überhaupt anwendbar ist (bei Kleidern, Bettzeug u. s. w.), das „Verfahren mit Dämpfen kochenden Wassers, welche vor Abkühlung so geschützt werden, dass sie ihre Temperatur von 100° C. behalten oder deren Temperatur durch die Verwendung von Salzlösungen so erhöht wird, dass der Wärmeverlust sie nicht unter 100° C. herabgehen lässt.“

Dieses Resultat ist für die Einrichtung von Desinfectionsanstalten in Spitälern und Städten jedenfalls von maassgebender Bedeutung und man darf nach den vorliegenden

Untersuchungen wohl bezweifeln, dass die bisher erstellten Desinfectionsanstalten den Anforderungen, welche man an sie zu stellen berechtigt ist, entsprechen.

Erwähnen wir schliesslich noch, dass auch „nicht geformte Fermente im trockenen Zustande mit den bei der Desinfectionspraxis in Anwendung kommenden Hitzegraden nicht mit Sicherheit zerstört werden", während im feuchten Zustande schon die Kochhitze unter allen Umständen zur Vernichtung ihrer Wirksamkeit genügt.

Die umfassenden Arbeiten, aus deren Ergebnissen Ref. das Hauptsächlichste hervorgehoben hat, sind allerdings noch nichts Abgeschlossenes, aber sie leisten in hohem Grade das, was *Koch* selbst von ihnen erwartet: „eine vorläufige Orientirung über den Werth der bekannteren Desinfectionsmittel." Sie berechtigen uns auch zu der Erwartung, dass künftige, nicht minder werthvolle „Mittheilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte" die noch vorhandenen Lücken ausfüllen werden. *Lotz.*

Die Stœrk'sche Blenorrhœ der Respirationsschleimhaut.

Von Dr. *Ed. Raab*, pr. Arzt in Welden. Stuttgart, bei Enke, 1880.

Der Verfasser beschreibt fünf in *Stœrk*'s Ambulatorium beobachtete Fälle jenes chronischen schleimeitrigen, schliesslich zur Schleimhautatrophie führenden Catarrhes der ersten Luftwege, den *Stœrk* wegen seines Vorkommens in bestimmten Provinzen (Galizien, Polen, Walachei, Bessarabien, Serbien, Südrussland), wegen seiner regelmässig von der Nase bis in die Bronchien absteigenden Ausbreitung, und endlich wegen des perniciösen Ausganges in Schrumpfung der Schleimhaut, laryngeale und bronchiale Stenose — glaubt als ein eigenartiges endemisch-contagiöses Leiden auffassen zu müssen. Immerhin liegen keine sorgfältigen Untersuchungen vor über die Infectiosität der Krankheit, die etwa an Ort und Stelle von den Aerzten der genannten Länder ausgeführt wären, und auch bezüglich der histologischen Schleimhautveränderungen und des behaupteten Einflusses auf Entwicklung phthisischer Lungenerkrankungen mangeln noch anatomische Untersuchungen. — Wohl besteht kein unmittelbarer Zusammenhang mit Syphilis oder Scrophulose, dagegen deuten alle von *Stœrk* und jetzt von *Raab* angeführten Momente, das vorzugsweise Auftreten in armen Volksclassen und in Bevölkerungen, deren Unreinlichkeit fast sprichwörtlich ist, darauf hin, dass wir es bei dieser *Stœrk*'schen Krankheit mit einem chronisch entzündlichen Schleimhautleiden zu thun haben, wie es auch bei uns in elend genährten, ungünstig situirten Familien zur Beobachtung kommt, als ein fast unheilbarer chronischer Catarrh von der Nase bis in die Bronchien, mit bald flüssigerem, meist aber eintrocknendem und in der Regel fœtidem Secret. Von derartigen charakteristischen Eigenthümlichkeiten des Leidens, dass wir eine Krankheit sui generis daraus erkennen könnten, vermögen wir uns weder durch *Stœrk*'s Schilderung in seiner „Klinik der Kehlkopfkrankheiten", noch durch die vorliegende *Raab*'sche Brochure zu überzeugen.

Dr. *Rud. Meyer-Hüni.*

Cantonale Correspondenzen.

Aargau. (Corr. aus dem Freiamte.) In Jonen wurde am 19. December abhin unter ungewöhnlicher Theilnahme von Nah und Fern ein Mann dem Schoosse der Erde übergeben, der es verdient hat, dass auch in Ihrem verehrl. Blatte seiner gedacht werde.

Dr. *Josef Füglistaller*, geboren im September 1812 in der Mühle zu Jonen, seiner kräftigen Constitution halber ursprünglich zum Müller bestimmt, zeigte vorwiegende Anlagen für gelehrte Studien und wurde von seinen Eltern, die in dem hochgewachsenen Sohne einen spätern, wenigstens ebenso „hohen Geistlichen" sich träumten, in seinem Hange unterstützt.

Nachdem *F.* zuerst die Klosterschule in Wettingen besucht, dann das Gymnasium in Aarau absolvirt hatte, widmete er sich in Freiburg, Zürich und Würzburg dem Studium der Medicin und hatte seine sieben Semester Universität der Art zu benützen verstanden, dass er nach Ablauf dieser Zeit die aarg. Staatsprüfung mit gutem Erfolg passirte.

Als Arzt in seiner Heimathgemeinde niedergelassen, practicirte er zuerst unter ganz bescheidenen Verhältnissen in der Mühle zu Jonen; bald jedoch erfreute er sich einer ausgedehnten ärztlichen Wirksamkeit in den Cantonen Aargau, Zürich und Zug und wurde

sein Rath auf viele Stunden im Umkreis begehrt, so dass *F.* daran denken durfte, sich einen eigenen Herd zu gründen. Mit vielem Geschmack erbaute er sich an einem prachtvoll gelegenen Puncte seines Geburtsortes ein „Doctorheim“, das heute noch mustergültig dasteht und jedem Fremden, der Jonen passirt, sofort in die Augen fällt. In dasselbe führte er dann seine ausgezeichnete Gattin heim, die ihm einen Sohn und zwei Töchter schenkte, die alle an dem Vater mit Liebe und Treue hingen und in spätern Tagen an Opferwilligkeit gegenüber dem Kranken sich gegenseitig überboten.

Leider schien die Constitution *F.*'s stärker, als sie in Wirklichkeit war und bald zeigten sich nachtheilige Folgen seiner oft übermenschlichen Anstrengungen: der edle Menschenfreund und Arzt, dem in Wahrheit „keine Ruh' bei Tag und Nacht“ beschieden war, wurde schon Anfangs der 60er Jahre von einem Augenleiden heimgesucht, das der geniale *Gräfe* bereits als chronische Chorioiditis mit beginnender Netzhautatrophie diagnosticirte und *F.* eindringlich Schonung der Augen empfahl.

Der Mann der Wissenschaft, dem bis anhin das Lesen ein nothwendiges Bedürfniss als Stimulus in seiner practischen Thätigkeit gewesen war, durfte von jetzt ab sich mit Lecture nicht mehr beschäftigen — er war auf das „Sichvorlesenlassen“ angewiesen — und trotzdem verfolgte *F.* bis zu den letzten Lebenswochen sämmtliche Neuerungen seiner Fachwissenschaft und verwerthete, so lange er practicirte, mit vieler Vorliebe die Früchte seiner Studien.

Der Verewigte war ein Mitbegründer und langjähriger Präsident der freiämter medicinischen Gesellschaft; er verfügte über eine Casuistik und ein fachmännisches Urtheil, das uns jüngere Collegen oft in Erstaunen setzte — daneben ein freundliches Entgegenkommen und ein Wohlwollen, das dem Schreiber dieser Zeilen unauslöschlich sein wird.

F., der seit vielen Jahren körperlich leidend war, sehnte sich sehr darnach, bis er seinem Sohne mit dem Heim auch die Praxis abtreten und nach Luzern übersiedeln konnte. Leider war ihm auch dort die ersehnte Ruhe nicht beschieden — die körperlichen Leiden traten immer mehr in den Vordergrund; eine Herzhypertrophie mit ihren Folgen brachte ihn schon letzten Sommer an den Grabesrand — eine scheinbare Besserung war nicht von Dauer — und als dann noch ein intensives und äusserst schmerzhaftes Blasenleiden dazu trat, da betrachtete der Heimgegangene selbst den Tod als die einzige und richtige Erlösung, die am 15. December abhin erfolgte.

Mit *Füglistaller* ist das Ideal eines Arztes, ein freisinniger und guter Eidgenosse, ein Biedermann in des Wortes wahrster Bedeutung begraben worden.

Er ruhe sanft und uns jüngern Collegen sei er eine Leuchte! *Brg.*

Zürich. *Jakob Beugger*, Arzt in Oberstrass, †, geboren den 13. Januar 1804 in Oberstrass, wo sein Vater practischer Arzt war. Auf Wunsch des Letztern widmete er sich dem Studium der Medicin, obwohl er mehr Neigung für die Kunst, besonders für die Malerei hatte.

Sein ärztliches Patent datirt vom 17. Februar 1827. Er erwarb sich bald einen ausgedehnten ärztlichen Wirkungskreis; denn seine Praxis blieb nicht auf Oberstrass und die Stadt beschränkt, sondern reichte bis nach Wallisellen, Seebach und die benachbarten Dörfer.

Im Jahre 1843 errichtete *Beugger* in seinem Hause eine Anstalt für aromatische Dampfbäder, die er bis 1870 dem Publicum zur Benutzung bereit hielt. Obwohl er nie über dieses Institut Brochuren oder Journalartikel geschrieben, beobachtete er doch die von ihm daselbst behandelten Patienten genau, wovon zahlreiche, in einem von ihm selbst verfassten Journal niedergelegte Notizen Zeugniss ablegen.

Nach dem Tode seiner Gattin, 1870, gab *Beugger* den grössten Theil seiner ärztlichen Praxis auf. Anfangs Januar 1880 widerfuhr ihm das Unglück der Incarceration einer Hernie. Prof. *Rose* operirte den bejahrten Herrn Collegen am 9. Januar; die Wunde heilte unter dem „*Lister*“ vortrefflich. Aber gleichwohl bekam *Beugger* zwei Monate darauf eine Peritonitis, später stellte sich ein Blasenleiden ein, von dem er sich nie mehr recht erholte und am 21. August 1881 wurde er im Alter von 77½ Jahren von seinem Leiden erlöst. Zu der Blaseneiterung hatte sich eine eitrige Nierenentzündung hinzugesellt.

Beugger war ein stiller, fleissiger, bescheidener Practiker, der bis an sein Lebensende den Fortschritten der medicinischen Wissenschaft sein Interesse bewahrte.



Dr. *Joh. Conrad Rahn-Escher*, geb. 28. Mai 1802, gest. 16. December 1881. Der Selige war der Sohn des Archiater Dr. *Rahn*, eines hochgeschätzten Arztes und unermüdlichen Menschenfreundes. Er durchlief die Schulen seiner Vaterstadt wohl in etwas kürzerer Zeit als sonst üblich; denn seine Aufnahmsmatrikel für das medicinische Institut ist vom März 1816, also vor seinem völlig abgelaufenen vierzehnten Jahre, datirt. Leichte Auffassung, gewandte Combination, aussergewöhnlich umfassendes und treues Gedächtniss machten ihm das Lernen leicht und angenehm, und seine ausserordentliche Arbeitslust und Ausdauer verschafften ihm einen reichen Wissensschatz, über den er mit grosser Gewandtheit gebot; selbst die spät eintretende Altersschwäche änderte hieran nur wenig. Fünf Jahre lang besuchte er das medicinische Institut, dann Göttingen, woselbst er im Juli 1822 promovirte, Berlin und Paris. 1823 wurde das Staatsexamen bestanden und *Rahn* in die cantonale ärztliche Gesellschaft aufgenommen.

Im Jahre 1825 gründete er mit Anna Escher seinen glücklichen Hausstand, dem zahlreiche Kinder und Enkel erblühten, ja eine beim Scheiden des Seligen anderthalb Jahre alte Urenkelin krönte noch sein Greisenalter.

Nun warf sich *Rahn* gleich mit allem Eifer auf die Praxis, zunächst seinen alternden Vater in der ärztlichen Thätigkeit und in der Apotheke unterstützend; denn die letztere bildete damals einen wesentlichen Theil der Praxis auch der Stadtärzte und einen Hauptfactor ihres Einkommens, so dass deren Aufhebung (im *Rahn*'schen Hause auf Neujahr 1837), wenn auch im Interesse der Hebung der ärztlichen Stellung, nicht ohne augenblickliche Opfer geschehen konnte. Aber auch damals schon baute *Rahn* auf dem wissenschaftlichen Grunde seiner Studien fort und beschränkte seine Heilthätigkeit nicht auf die Apotheke, sondern studirte und versuchte mit Vorliebe die Hülfsmittel der Diätetik, und wurde bald vielseitiger Kenner der Mineralwasser und Bäder. Im Jahre 1830 wurde er zum Lehrer am medicinischen Institut gewählt und trug daselbst verschiedene Zweige der innern Heilkunde mit grossem Beifall vor, bis im Jahr 1833 die bescheidene, verdienstvolle Anstalt dem aufgehenden Gestirn der jungen Hochschule weichen musste. Auch hier noch als Lehrer zu wirken verbot ihm der Wunsch und das Bedürfniss seines alternden Vaters, der in steigendem Maasse die Dienste seines Sohnes für seine ausgedehnte Praxis bedurfte, so dass in dieser wie von selbst *Rahn*'s Hauptwirksamkeit sich bewegte. Und hiefür war er auch recht eigentlich geschaffen. Mit tüchtiger, stets aufgefrischter, wissenschaftlicher Ausrüstung, unglaublicher Ausdauer und Geduld, nie müde, die Erzählungen und Klagen seiner Patienten anzuhören, dabei aber doch seine begründete Ueberzeugung wahrend, mit seinen Kranken bangend und jubelnd, musste er bald und ausdauernd sich die Anhänglichkeit seiner Patienten erwerben. Auch in die Ferne drang sein Ruf und gewährte ihm manche interessante Bekanntschaft und Gelegenheit, viel Gutes zu wirken. Sein von Geburt an gesunder, starker, im Dienst der Arbeit noch gestählter Körper gestattete ihm bis zu seinem Tode mit wenig Unterbruch seiner riesigen Arbeitslust zu genügen.

War die Praxis *Rahn*'s geistige Heimath, so war es ihm doch nicht gegeben, sich in dieselbe einzuschliessen. Für alles Gemeinnützige, Wohlthätige, für Wissenschaft, Schule, Kirche hatte er Sinn und Eifer. Auch von den Behörden wurde sein Wissen und seine Einsicht anerkannt. Er war Mitglied der Commission für den Bau des gegenwärtigen Cantonsspitals, sowie später derjenigen für den Bau der Irrenanstalt Burghölzli.

Längere Zeit war er Mitglied der städtischen Gesundheitscommission und im Cholerajahre 1867 ebenfalls thätiges Mitglied der für Bekämpfung dieser Seuche ernannten Commission. Nach der 1839er Bewegung, an der er thätigen Antheil genommen, wurde er Mitglied des Grossen Rathes und Erziehungsrathes, und blieb ersteres bis er altershalber resignirte, letzteres, wozu noch das Präsidium der Aufsichtsbehörden für das Gymnasium und die Thierarzneischule kam, bis der ruhige Regimentswechsel von 1844 wieder das Personale fast aller cantonalen Behörden änderte. — Frühe schon gelangte er durch die Wahl seiner Zunft in den grössern Stadtrath, wo er sich, wie auch in den Gemeindeversammlungen, oft und zuweilen entscheidend an den Debatten betheiligte. — Mit der Aenderung der städtischen Verhältnisse Anfangs der Sechziger Jahre wurden auch die städtischen Schulen erweitert und neugestaltet, wobei *Rahn* wesentlich mithalf und in der Commission noch aushielt, als fast alle jüngeren ursprünglichen Mitglieder schon demissionirt hatten. — Wir übergehen sein Wirken in manchen, für die Leser unserer Blätter

ferner liegenden Kreisen und erwähnen nochmals der ärztlichen Cantonalgesellschaft. Er war zu aller Zeit ein fleissiges und willkommenes Mitglied derselben, machte ihr mitunter interessante Mittheilungen, wusste den Kern des von anderer Seite Gebrachten leicht zu erfassen und die Tragweite desselben einzusehen, und war endlich ein gemüthlicher Gesellschafter und beliebter schlagfertiger Tischredner in Prosa und gebundener Rede. —

Solche Thätigkeit war *Rahn* mit seltenen Unterbrüchen bis zu seiner letzten Krankheit vergönnt. So erhielt er sich frisch bis in sein achtzigstes Lebensjahr, als ihn der Schmerz traf, den befreundeten Collegen *Meyer-Hoffmeister* zu verlieren. Noch folgte er der Leiche des Freundes; aber wenige Tage nachher fesselte ihn ein Catarrh an's Bett, die Zeichen der Altersschwäche waren unverkennbar und am 16. December erlöste ihn ein sanftes Entschlummern von seinem schweren Todeskampf. Klarheit des Geistes und lebhaftes Interesse am Wohl der Kranken waren ihm geblieben bis zum Eintritt des Todesschlummers. (Blätter f. Gesundheitspfl.)

Wochenbericht.

Schweiz.

— Rechnung für den **ärztlichen Centralverein,**[1]) gestellt auf 31. December 1881 von Dr. *A. Steiger*, Cassirer.

A. Einnahmen.

Saldo vom 1. Januar 1881		Fr. 156. 50
Neue Beiträge von den Gesellschaften:		
Zürich	Fr. 149. —	
Bern	„ 164. —	
Centralschweiz	„ 63. —	
Nidwalden	„ 8. —	
Obwalden	„ 8. —	
Glarus	„ 19. —	
Zug	„ 13. —	
Solothurn	„ 21. —	
Freiburg	„ 22. —	
Basel-Stadt	„ 48. —	
„ -Land	„ 16. —	
Schaffhausen	„ 20. —	
Appenzell, beide	„ 26. —	
Aargau	„ 59. —	
Thurgau	„ 42. —	
Graubünden	„ 50. —	
St. Gallen	„ 112. —	
Waadt	„ 91. —	
Neuenburg	„ 30. —	„ 961. —
		Fr. 1117. 50

B. Ausgaben.

14. Februar	Druck der Einladungscirculare für die Versammlung in Zürich	Fr. 36. 70
21. Mai	Trinkgeld an Portier in Bern	„ 5. —
29. October	„ „ „ „ Olten	„ 5. —
	Becherwein in Olten	„ 10. —
13. December	Flugblatt von Dr. *de la Harpe* gegen den Spitalausschluss Syphilitischer, an die Aerzte und an die Regierungen gesandt	„ 56. —
	Transport	Fr. 112. 70

---

[1]) S. letzte Cassarechnung Corr.-Bl. 1881, S. 26.

		Transport	Fr. 112. 70
	Petition an die Bundesversammlung betreffend Impfung, d. Mai 1880	Fr. 62. —	
	150 Exemplare der Brochure von Prof. *Huguenin* „Ja oder Nein betreffend Impfung". Den Herren Nationalräthen dargeboten	„ 41. 60	„ 102. 60
13. December	Gemeinsame Versammlung der ärztl. Gesellschaften in Bern pr. Einladungen und Zählblättchen		„ 61. 20
13. „	Gratulationsadresse an Prof. *Virchow* nebst Etui		„ 32. —
13. „	pr. Autographie des Vorschlages des Cassiers „Unterstützungscasse für Aerzte" zu Handen der Versammlung in Olten		„ 8. 75
	pr. Refusés		„ 1. 70
	pr. Porti und Mandate		„ 4. 50
			Fr. 323. 45

Die Einnahmen betragen	Fr. 1117. 50
„ Ausgaben „	„ 323. 45
Saldo in Cassa	Fr. 794. 05

Bemerkungen.

Genf wird im Laufe des Januars 1882 seinen Beitrag leisten; Wallis refüsirte.

Luzern, Ende December 1881. Dr. *Steiger*.

PS. Ich ersuche den Herrn Actuar der med. Gesellschaft der romanischen Schweiz, die Noten für Einladungscirculare zu ihren Hauptversammlungen mir zur Berichtigung einzusenden.

Universitäten. Frequenz der **medicinischen** Facultäten im Wintersemester 1881/82.

	Aus dem Canton M.	W.	Aus andern Cantonen M.	W.	Ausländer M.	W.	Summa M.	W.	Total
Basel	**12**	—	**81**	—	**7**	—	**100**	—	**100** [1]
Sommer 1881	15	—	77	—	8	—	100	—	100
Winter 1880/81	15	—	78	—	6	—	99	—	99 [2]
Sommer 1880	14	—	60	—	3	—	77	—	77
Bern	**38**	—	**64**	—	**19**	**29**	**121**	**29**	**150** [3]
Sommer 1881	42	—	70	—	23	21	135	21	156
Winter 1880/81	38	—	70	—	26	25	134	25	159 [4]
Sommer 1880	41	—	69	—	25	28	135	28	163
Genf	**14**	—	**42**	—	**26**	**6**	**82**	**6**	**88** [5]
Sommer 1881	10	—	56	—	28	7	94	7	101 [6]
Winter 1880/81	14	—	58	—	32	7	104	7	111 [7]
Sommer 1880	21	—	55	—	36	6	112	6	118
Zürich	**46**	—	**85**	**1**	**38**	**10**	**169**	**11**	**180**
Sommer 1881	34	—	75	1	39	7	148	8	156
Winter 1880/81	37	—	81	1	29	7	147	8	155
Sommer 1880	41	—	82	1	32	9	155	10	165

		M.	W.	Total.
Summa in der Schweiz im Winter-Semester	1881/82	**472**	**46**	**518**
„ „ „ „ „ Sommer- „	1881	477	36	512
„ „ „ „ „ Winter- „	1880/81	484	40	524
„ „ „ „ „ Winter- „	1880	479	44	523

— **Die eidgenössischen Räthe** haben den Recurs des Regierungsrathes des Cantons Zürich (Limitation des Apothekengewerbes) abgewiesen. Herr Apotheker *Sauter* in Genf wollte in Zürich eine Apotheke errichten, was ihm die Regierung mit der Begründung verweigerte, es sei der Bedarf an Apotheken schon mehr als gedeckt.

[1]) Dazu 17 Auscultanten. [2]) [4]) Dazu 5 Auscultanten. [3]) 4 Auscultanten. [5]) 18 Auscultanten, worunter 3 Frauen. [6]) 23 Auscultanten, worunter 1 Frau. [7]) 28 Auscultanten, worunter 2 Frauen,

Beide Räthe nahmen jedoch die Auffassung des Bundesrathes an, nach welcher die Bundesverfassung die Ausübung der Gewerbe frei gibt und zwar mit Freizügigkeit, so dass die Rücksicht auf das öffentliche Wohl (Beschränkung der Apotheken zur Möglichkeit der Ueberwachung und solider Existenz) zur grundsätzlichen Entscheidung nicht mehr maassgebend sein könne. Es ist nun Sache der Cantone, auf dem Verwaltungswege das Publicum möglichst sicher zu stellen.

Zu unserer grossen Freude hat dagegen der Nationalrath das **eidgenössische Seuchengesetz** mit dem erfreulichen Mehr von 83 gegen 12 Stimmen angenommen. In der sehr eingehenden Debatte sind unsere Herren Collegen DDr. *Deucher* (als Referent der Commissionsmehrheit), *Bruggisser* und *Tschudi* wacker und sicher zu dem Projecte gestanden.

Wir hoffen, dass nun auch der Ständerath nach nochmaliger Ueberlegung die föderalistischen Scrupeln überwinden und sich zur eidgenössischen Warte emporschwingen werde.

— **Militärärztliche Avancements.** Der Bundesrath hat in seiner Sitzung vom 10. Januar folgende Beförderungen vorgenommen: Zu Obersten: die Oberstlieutenants *Albert Weinmann* in Winterthur und *Robert Göldlin* in Flüelen. Zu Oberstlieutenants: die Majore *Gottlieb Welti* in Zürich und *Rudolf Massini* in Basel. Zu Majoren: die Hauptleute *Daniel Bernoulli* in Basel; *Heinrich Bircher* in Aarau; *Edwin Kreis* in Zürich und *Wilhelm Moll* in Biel. Zu Hauptleuten: die Oberlieutenants *Hermann Müller* in Fluntern; *Karl Willi* in Chaux-de-fonds; *Emil Pestalozzi* in Zürich; *Alfred Hausammann* in Lausanne; *Johann Lüthi* in Bürglen (Thurgau); *Siegfried Stocker* in Luzern; *Robert Binswanger* in Kreuzlingen; *Wilhelm vonSpeyr* in Basel; *Albrecht Burckhardt* in Basel; *Joseph Lussy* in Montreux; *Friedrich Blumer* in Wallenstadt; *Anton Hössli* in Malans; *Albert Furter* in Dottikon; *Otto Giger* in Degersheim; *Johann Schären* in Interlaken; *Friedrich Zbinden* in Schwarzenburg; *Alfred Münch* in Brestenberg; *Sebastian Studer* in Kirchberg; *Jakob Kehl* in Frauenfeld; *Theodor Aepli* in St. Gallen; *Theodor Heusser* in Richtersweil; *Georg Reinert* in Solothurn; *Fidel Simeon* in Reichenau; *Jeremias a Marca* in Leggia; *Bendicht Isch* in Bonfol; *Ernst Reymond* in Ste. Croix; *Alfred Cart* in Morges; *Leon Crevoisier* in Pruntrut; *Felix Remy* in Bulle; *Konrad Hegner* in Rafz; *Fritz Morin* in Colombier; *Gustav Wälchli* in Bern; *Gerold Amsler* in Wildegg; *Gottlieb Feurer* in St. Gallen; *Gustav Lachenal* in Genf; *J. Paul Küng* in Andeer; *Max Hasler* in Genf; *Fritz Fankhauser* in Riggisberg; *Wilhelm Ost* in Bern; *Emil Frikart* in Zofingen; *Pietro Pedrazzini* in Bellinzona; *Roman Müller* in Wohlen; *Eugen de la Harpe* in Montreux.

— **Medicinstudium.** Die „Revue médicale" briugt in ihrer Nr. 12 eine interessante Zusammenstellung über die Facultäten, an welchen die Genfer Aerzte promovirt, also auch hauptsächlich studirt haben. Von 176 Aerzten, über die exacte Notizen bekannt waren, bestunden das Doctorexamen in Basel 4 (XVII. und XVIII. Jahrhundert), Bern 3 (XIX. Jahrhundert), Zürich 4 (XIX. Jahrhundert), Genf 1 — Schweiz 12; Niederlande 4 (vor unserm Jahrhundert); Valence 13 (wie vorstehend); Montpellier 26, Paris 89 (hauptsächlich erst in diesem Jahrhundert, aber von Jahrzehnt zu Jahrzehnt in steigender Zahl) — Frankreich 128; Strassburg 6, Berlin 4, Göttingen 2, Tübingen, Heidelberg, Erlangen und Würzburg je 1 — Deutschland 16; Edinburg 13, Turin 3.

Wir wünschen, dass in einer späteren Statistik die vaterländischen Universitäten höhere Ziffern aufweisen, wie das für die übrige welsche Schweiz längst zutrifft.

— **Die Gewerbefreiheit in der Pharmacie** bespricht Apotheker *A. Sauter* in Genf in einer Brochure unter gleichem Titel (Genf, Verlag von Th. Müller, 1881, 51 S.), welche sich als eine Schrift bezeichnen lässt, in der Verfasser sich nochmals in seinen in diesen Blättern zur Genüge signalisirten Apothekenangelegenheiten an's ganze Medicinalpublicum wendet, und wohl auch an die hohe Bundesversammlung, welche nun den Recurs des Zürcher Regierungsrathes gegen den Entscheid des h. Bundesrathes in letzter Instanz zu billigen oder zu verwerfen haben wird.[1]) Das Büchlein theilt sich in 3 Abschnitte, und in jedem derselben, ja bei jedem einzelnen Thema, das Verfasser ergreift, zeigt sich als einziger und alleiniger Hoffnungsstern für eine bessere Zukunft unserer Apotheker und — fast hätten wir dies hinzuzufügen vergessen — unseres Publicums — die Gewerbefreiheit in der Pharmacie.

I. Das Dogma vom Staatsschutz. Nachdem Verfasser die Staatsschutzver-

[1]) Ist zu Gunsten *Sauter*'s entschieden worden. S. die Spitze dieser Seite. Red.



hältnisse in Deutschland, welche zu unhaltbaren Zuständen geführt haben, beleuchtet, berührt er kurz die glücklichen Zustände der romanischen Schweiz, welche durch die pharmaceutische Gewerbefreiheit herbeigeführt sind, — wir reden natürlich nur von der Pharmacie. In der deutschen Schweiz, welche bis vor 8 Jahren in materia den Staatsschutz walten liess, veränderte sich die Sachlage mit der Annahme der Bundesverfassung. Verfasser wendet sich hauptsächlich gegen die Thesen von Prof. *Schär* (vide Corresp.-Bl. f. Schw. Aerzte 1880, S. 659 und 660), welche er einer eingreifenden Kritik unterwirft, um jeweilen zu dem entgegengesetzten Resultate zu gelangen. Er citirt den Bericht von *Rose* und *Fehling* über die Lage der Verhältnisse in England, das in der Pharmacie volle Freiheit, ohne Prüfung und ohne Visitation, hat: der Ausfall der Privilegien wird durch freiwillige Gesellschaftsthätigkeit mehr als paralysirt, das Publicum ist in Folge der Concurrenz mit guter Waare und sorgfältig bedient, und der englische Apotheker ein öconomisch glücklich situirter Mann, trotzdem die Zahl der englischen Apotheker sich zum ruinirten deutschen Apotheker (auf die gleiche Einwohnerzahl berechnet) ungefähr verhält wie 7 : 2. Während der Geheimmittelhandel der deutschen Apotheker auf ihrer numerisch so schlecht situirten Lage basirt, ist die Geheimmittelwirthschaft und das Annoncenunwesen in Genf in der fremden Kundschaft begründet. Sehr auffällig ist, dass der Autor Deutschland und England, ja selbst das ferne Amerika citirt, uns aber von den Zuständen in dem Genf so nahe liegenden Frankreich nichts wissen lässt. Eine gewaltige Lanze erhebt noch Verfasser für die Freiheit der Taxe, welche durch die freie Concurrenz ganz überflüssig wird; Verfasser schweigt deshalb wohl auch vom Medicamentenpreis in dem so breit gelobten England. Uns scheint der Vergleich des Verfassers mit der Entwicklung und Prosperität der Gewerbe und des Handwerkes nach Abschaffung des Zunftwesens nicht für seine Ideen, sondern gerade dagegen zu sprechen. Gerade nach Aufhebung des Zunftzwanges wurde die Gewerbemaxime „billig und schlecht", eine Maxime, welche man bei Schädigung des Geldbeutels noch übersehen, oder welche doch nur der Einzelne berücksichtigen mag; sollte das Resultat bei der Pharmacie aber dasselbe sein, — und dies möchte bei uns doch eintreffen — so ginge der Schutz für die Gesundheit des grössern, ärmern Theils des Volkes verloren. Denn das ist doch wohl anzunehmen gestattet, dass auch wissenschaftlich ganz hochstehende Männer bei allzu schwerem Kampf um's tägliche Brod unrichtige Mittel zur Fristung ihres Lebens ergreifen möchten, d. h. zu unredlichen Leuten werden könnten. Diese Worte „machen unsere Collegen mit Ehrgefühl schamhaft erröthen". Aber sollte es wirklich unmöglich sein? Nun, man hat es in Basel erst neulich erleben können, dass schon unter dem begünstigten alten Regime der sog. Mineralwasserhandel entstehen konnte. Wenn das am grünen Holz geschieht, was soll am dürren werden?

II. Die Logik der Zürcher Regierung. Verfasser betrachtet die §§ 22 und 23 des Zürcher Medicinalgesetzes, wonach u. A. die Concession einer Apotheke in Zürich vom Bedürfniss abhängig gemacht werden darf, für veraltet und stützt sich dabei auf zwei Zürcher Juristen, die sich schon vor einiger Zeit hierüber ausgesprochen haben. Wir wagen es nicht, über diesen wichtigsten Punct eine eigene Meinung zu äussern, da derselbe lediglich juridischer Natur ist. Wenn Verfasser auch beweisen kann, dass die Zürcher Regierung bei Ertheilung neuer Concessionen in letzter Zeit nicht immer consequent gewesen, so scheint uns dieser Punct ganz unwesentlich zu sein. In dem Satze — „Auch ist es eine Thatsache, dass der Arzneibedarf sich steigert, wenn man die Leichtigkeit hat, die gefühlten Bedürfnisse schnell zu befriedigen" (Seite 41) — sehen wir „den belebenden Impuls" und „den Gewinnst der Production", der aus der Gewerbefreiheit für die Pharmacie resultirt (Seite 36), und wir können uns lebhaft vorstellen, auf welche Weise der Besitzer des Hauptdépôts der Brandt'schen Schweizerpillen für die Schweiz — NB. der allein ächten — das Göthe'sche „grün ist des Lebens gold'ner Baum" practisch interpretiren würde.

III. Zur Reform der schweiz. Pharmacie. Hier beleuchtet der Verfasser die Bearbeitung der Commission des schweiz. Apothekervereins, „die Verhältnisse der Pharmacie in der Schweiz, 1881" (siehe das Referat im Corr.-Bl. f. Schw. Aerzte 1881, Seite 530 ff.) von seinem Standpuncte aus. Er leitet den Abschnitt ein mit einem Loblied auf die brillanten Genfer Zustände, wobei man sich nur wundern muss, warum denn nur Herr *Sauter* diesen goldenen Platz mit einem andern vertauschen will, wo man ihm

das Leben so sauer wie möglich zu gestalten trachtet. Aber Herr *Sauter* spricht deutlich, er „braucht für seine Existenz nicht mehr zu kämpfen" und schreibt das Büchlein ja nicht etwa „als Interessirter für seine persönlichen Interessen", sondern nur weil „ihm theure Principien, gewerblicher und wirthschaftlicher Fortschritt ohne jeden Vortheil (sic!) für das öffentliche Wohl" in Frage gestellt sind. Immerhin muss Herr *Sauter* hier noch einmal auf die Taxfrage eingehen, und da erfahren wir denn schliesslich Folgendes: „So wie auch der Arzt nach Wohnort und Kundschaft seine Preise einrichtet, die vom bescheidensten Minimum bis zu dessen 20fachem Betrage variiren, so muss man auch dem Apotheker die Freiheit der Taxirung seiner Waaren und seiner Arbeit belassen." Was sagen unsere ärztlichen Collegen hiezu? Die Visitationen hält Verfasser zumeist für leere Formalitäten, ein schweizerisches Nahrungs- und Arzneimittelgesetz würde er begrüssen, schliesslich berührt er die ärztliche Selbstdispensation, das Geheimmittelgesetz und die Filialapotheken.

Wir schliessen hiemit und hoffen, der Leser werde das inhaltsreiche, anziehende und anzügliche Heft selbst zur Hand nehmen, denn es ist manche beachtenswerthe Erfahrung und Anschauung darin mitgetheilt. Wir aber stehen auf einem andern Boden und kommen zu dem Schlusse, dass sich bei Aufhebung der Limitation das Volkswohl und das Wohl der Apotheker gerade opponent zu werden drohen, und wenn Verfasser seinen Abschnitt I mit der fettgedruckten Inschrift endigen lässt: caveant consules! — so möchten wir mit Cicero ausrufen:

Caveant consules, ne quid respublica detrimenti capiat!

Den 8. December 1881. *D. B.*

Im directen Gegensatze zu diesem Ergusse steht die Schrift von Prof. *Orelli*: die Stellung der Pharmacie zu Art. 31 der Bundesverfassung, ein Gutachten, welches derselbe zu Handen der h. schweiz. Bundesversammlung im Auftrage des Apotheker-Vereins des Cantons Zürich erstattet hat. Selbstverständlich bleibt *Orelli* ganz auf dem Boden seines Faches stehen, und wir müssen daher den Leser aus den oben angegebenen Gründen bitten, das Original selbst zu Rathe zu ziehen. Wir erwähnen hier nur, dass *Orelli* seine Schrift mit einer Beleuchtung der Art. 22 und 23 des zürcherischen Medicinalgesetzes beginnt, dass er aber schon in dieser Frage zum entgegengesetzten Schlusse kommt, wie Herr *Sauter* und seine Gewährsmänner, d. h. diese Artikel werden noch zu Kraft bestehend erklärt. Die übrigen Abschnitte der Schrift befassen sich mit der Stellung des Art. 31 der Bundesverfassung im Hinblick auf seine Anwendung auf die Ausübung des Apothekerberufes, mit der bisherigen Praxis der Bundesbehörden in dieser Frage und mit der Handhabung der Limitation der Apothekenzahl nach der Gesetzgebung anderer Staaten, — Untersuchungen, welche immer wieder auf die Rechtlichkeit und die Nothwendigkeit der Limitation hinweisen und die Bundesbehörden zur Gutheissung des Recurses des zürcherischen Regierungsrathes auffordern.

Den 16. December 1881. *D. B.*

— **Personalia.** Unser verdienter College und Mitarbeiter, Herr Dr. *Göttl. Burckhardt-Heusler*, bisher Secundararzt der Waldau, ist als Director nach Préfargier berufen worden. Wir wünschen der Anstalt Glück zu dieser trefflichen Acquisition.

Der kaum erst nach Zürich berufene Lehrer der pathologischen Anatomie, Herr Prof. Dr. *Th. Ziegler*, folgt leider einem Ruf nach Tübingen und wird Zürich im Frühjahr wieder verlassen.

Ausland.

— **Jodoform.** Bei dem raschen Anwachsen der Literatur über dieses neue Arznei- und Verbandmittel und dessen verschiedene Anwendungsweisen, mag es wohl am Platze sein, die neuesten, in den medic. Journalen mitgetheilten Erfahrungen an dieser Stelle kurz zu skizziren.

In einer längeren Studie bespricht Dr. *Anthofer* [1]) das Jodoform und dessen therapeutische Eigenschaften in Bezug auf seine innere Anwendung.

Das Jodoform, CHJ_3 (Formiltrijodid) von *Gérullas* 1822 schon entdeckt, aber lange unbeachtet geblieben, wird meist dargestellt durch Versetzen einer alcoholischen gesättig-

[1]) Wiener allgem. medic. Zeitung Nr. 36 u. ff. 1881.



ten Jodlösung mit kohlensaurem Kali bis zur Entfärbung; auf Zusatz von Wasser fällt beim Erkalten das Jodoform aus und wird durch Auflösen in heissem Alcohol und Umkrystallisiren rein erhalten.

Es bildet leicht zerreibliche, sattgelbe, hexagonal krystallisirte Schüppchen von süsslich aromatischem, leicht brennendem Geschmack und specifischem Geruch. Das specifische Gewicht beträgt 2,00. Bei 115° C. ist es an der Luft schmelzbar, höher erhitzt wird es unter theilweiser Zersetzung flüchtig. In Wasser, überhaupt in indifferenten Medien, ist es ganz unlöslich, löst sich dagegen in Fetten, Oel, 80 Thl. kaltem oder 12 Thl. heissem Alcohol, sowie in 20 Thl. Aether. Trotz des penetranten Geruches ist es ein sehr wenig flüchtiger, luftbeständiger Körper, während seine Lösungen sich leicht unter Ausscheidung von Jod zersetzen. Das Jodoform ist die jodreichste Jodverbindung (90—97,10⁰) und gibt unter verschiedenen Bedingungen sehr leicht einen Theil seines Jodes ab, der nun in statu nascenti natürlich energisch zu wirken vermag.

In der Therapie wurde das Mittel von *Bouchardat* eingeführt. Man erwartete von dem neuen Mittel ausser der Jodwirkung ganz besonders auch narcotische Eigenschaften entsprechend seiner nahen Verwandtschaft mit dem Chloroform. Doch basirte im Ganzen die vielfache innere Anwendung des Körpers bis vor Kurzem völlig auf Empirie, und erst *Binz* und *Högyes* gelangten auf experimentellem Wege zu einer Theorie der Wirkung des Jodoforms. Nach diesen Versuchen kommt dem Formiltrijodid eine bedeutende depressorische Wirkung auf das Nervensystem zu, speciell auf das Gehirn und Rückenmark. Bei giftigen Gaben erlagen die Thiere nach vorangegangener Narcose, ohne Zutritt von Convulsionen einer allgemeinen Paralyse. In den Leichen fand sich constant eine meist hochgradige fettige Entartung der Leber, Nieren und des Herzfleisches, öfters auch Hæmorrhagien im Darme. In nicht tödtlichen Fällen zeigte sich als langdauernde Nachwirkung eine sichtliche Abmagerung der Thiere. Das Jodoform gehört demnach sowohl in die Reihe der Narcotica wie der Alterantia. In den Geweben, deren Fette als Lösungsmittel des einverleibten Jodoformes dienen, scheint das sofort freiwerdende Jod als solches, wahrscheinlicher aber die sich bildende Jodsäure und deren Natriumsalz, welchen ähnliche Wirkungen zukommen, Ursache der beobachteten Erscheinungen zu sein. Es soll sich erst lösliches und unlösliches Jodalbumin bilden, welche wieder unter Entstehung von Jodsäure zerfallen, bis das Jod schliesslich als Jodkalium den Körper verlässt. Unzersetztes Jodoform konnte *Högyes* weder im Blute noch in der Respirationsluft der Versuchsthiere nachweisen. Schon 15 Minuten nach Einverleibung des Jodoforms soll sich Jod im Harne und andern Se- und Excreten finden und dieser Nachweis andererseits selbst bis 27 Tage nach Aussetzen des Mittels noch möglich sein.

Bekanntlich sind schon mehrfach bei innerer Verwendung des Jodoforms Vergiftungen beobachtet worden (z. B. von *Oberländer*), welche, besonders bei Berücksichtigung der stark cumulativen Wirkung des Jodoforms die gewöhnlich angegebenen Tagesdosen von 0,6 bis 3,0 als zu hoch gegriffen erscheinen lassen. In der Wiener allgem. medic. Zeitung Nr. 45, 1881 berichtet Dr. *Max Zeissl* über 2 Fälle von Jodexanthem nach äusserlicher Anwendung des Jodoforms als Verbandmittel bei cariösen Processen. Es bildeten sich im einen Falle unter hohem Fieber scharlach- und urticariaartige Erytheme, besonders an den Beugeflächen der Extremitäten. Der Harn enthielt neben Jod im einen Falle auch grössere Mengen von Eiweiss und Nierenepithelien. Beidemale verschwand das Exanthem nach Aussetzen des Jodoforms in wenigen Tagen.

Ein neues Feld für innere Jodoformanwendung scheinen die chronischen Lungenerkrankungen zu bilden. Nach dem Vorgange von Prof. *Gemmola* versuchte Prof. *Ciaramelli* dasselbe bei verschiedenen Krankheiten der Luftwege und constatirte dabei eine rasche und günstige Veränderung des Inhaltes von Cavernen sowie Herabsetzung des Fiebers. Ohne in dem Jodoform eine Panacee gegen die Phthise zu erblicken, glaubt er doch annehmen zu dürfen, dass das J. zeitig angewendet den Fortschritt der käsigen Pneumonie aufhalten und der Zerstörung des Lungengewebes vorbeugen könne. Auch bei inveterirter Bronchitis, Bronchorrhœ und Emphysem zeigten sich günstige Wirkungen. Als beste Form der Darreichung empfiehlt er die in Pillen: Jodoform 0,1, Extr. sem. Phellandr. 1,0, Pulv. Lycopod. 0,4, M. f. pil. Nr. X, S. 3—5 Stück täglich z. n. Die Pillen müssen sehr lange fort gebraucht werden.

Im Gegensatz zu *Högyes* nimmt *Gemmola* eine langsame Ausscheidung von Jodoform

in Substanz durch die Athmung an. Auf dem Wege durch die Lungen soll das Jodoform anæsthesirend und desinficirend auf das erkrankte Gewebe einwirken.

Eine neue Art der Desodorisirung des durch seinen alles durchdringenden, für den Kranken oft verrätherischen Geruches vielfach unangenehmen Jodoformes empfiehlt Dr. *Anthofer* (l. c.) an Stelle der bisher verwendeten, meist ungenügenden aromatischen Beimengungen. Dieselbe besteht in der innigen Vermischung des feinst gepulverten Jodoformes mit feinem Kohlepulver (Verhältniss nicht angegeben). Ohne dass das Jodoform chemisch oder in seinen therapeutischen Wirkungen verändert würde, soll die Kohle die sich bildenden Gase absorbirt erhalten und so ein überall verwendbares Präparat, Kohlejodoform, dargestellt werden. Dr. *A. W. Münch.*

(Fortsetzung folgt.)

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 26. December 1881 bis 10. Januar 1882.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Von Varicellen sind 9 Fälle angezeigt (7, 11, 6), die Mehrzahl aus Kleinbasel.

Von Scharlach sind 20 Erkrankungen gemeldet (35, 22, 35), welche sich auf sämmtliche Districte vertheilen.

Typhus 7 Erkrankungen (6, 1, 3), ebenfalls zerstreut über sämmtliche Districte.

Hals- und Rachenbräune herrscht auch verbreitet über die ganze Stadt; angezeigt sind 23 neue Fälle (10, 20, 27).

Von Pertussis sind nur vereinzelte neue Fälle gemeldet.

Erysipelas 8 Erkrankungen (12, 7, 7), wovon 5 auf dem Nordwestplateau.

Parotitis kommt noch immer in allen Stadttheilen vor, angemeldet sind 11 Fälle (7, 29, 15).

Puerperalfieber 2 Fälle in Kleinbasel.

Briefkasten.

Herrn Dr. *Bruggisser*, Wohlen; Prof. *Aeby*, Bern; Prof. *Osc. Wyss*, Zürich; Prof. *Dunant*, Genf: Besten Dank. — Herrn Dr. *F. Buchser*, Rom: Gerne besorgt. Glückauf im sonnigen Süden. — Herrn Dr. *Fintan Bärlocher*, Calvary, Wisconsin: Ihr Wunsch ist erfüllt. Möge Ihnen die Fremde recht bald zur zweiten Heimath werden. Freundl. Gruss! — Herrn Dr. *R. Meyer-Hüni*, Zürich: Wir erwarten also den Nachruf. Prosit, Neujahr! — Herrn Dr. *E. Burckhardt*, Basel; Dr. *Nägeli*, Ermatingen; Prof. *Quincke*, Kiel; Dr. *Pétavel*, Chêne-Bourg: Separatabzüge mit Dank erhalten. — Herrn Dr. *Killias*, Chur; Dr. *Hegner*, Winterthur; Prof. Dr. *Demme*, Bern; Prof. Dr. *Huguenin*, Zürich; Prof. Dr. *Krönlein*, Zürich: Mit bestem Dank erhalten. — Herrn Dr. *Sterchi* (früher in Schleitheim) in Mellingen: Wir machen gerne auf diesem Wege die Herren Collegen, welche sich für Mollusken interessiren, darauf aufmerksam, dass sie behufs Neubearbeitung der schweizerischen Molluskenfauna ihre Adressen gefälligst bald Ihnen mittheilen möchten.



PERMANENT-INHALATION durch die Nase allein. — Mit **Dr. Feldbausch's Inhalir-Apparat** kann man beliebige Zeit, bei jeder Beschäftigung und während des Schlafens inhaliren ohne jede Unbequemlichkeit. Preis des Apparats allein 1 Fr. 50, des compl. Apparats 2 Fr. 50: Zu beziehen durch die Apotheken und Fabr. chir. Instr. Depots en gros in der Schweiz. **Pharmacie Kampmann, Genf,** und **C. F. Hausmann, Hechtapotheke, St. Gallen.**

J. Paul Liebe DRESDEN.

10 Auszeichnungen. I. Preis (Diplom und Medaille) Internationale Ausstellung Sydney 1879. **Liebe's Leguminose in löslicher Form:** Lösliches, d. i. für leichtere Verdauung eigens vorbereitetes Pflanzeneiweissmehl für **Gesunde** und **Kranke.** Bereits gar, demnach nicht unbedingt zu kochen, staubfein, wohlschmeckend, dreimal so viel blutbildende Stoffe als Rindfleisch enthaltend. — Für stillende Mütter, Altersschwache, heranwachsende schwächliche Kinder, Reconvalescenten; bei Magenleiden, Bleich- und Schwindsucht, Blutentmischung, nach fieberhaften Krankheiten, namentlich da, wo Fleischkost auszuschliessen ist, ärztlich empfohlen. Werthvoller, bequemer u. billiger Ersatz für **gewöhnliche** Leguminose, Revalenta etc. 1/2 Ko. Fr. 2. 50, 1 Ko. Fr. 4. — *Hauptdépôts* ***Basel:*** ***Huber'sche*** *Apotheke, Eisengasse 2;* ***Genf:*** *Pharmacie Sauter, Pl. des Alpes;* ***St. Gallen:*** *C. Fr. Hausmann, Hechtapotheke;* ***Zürich-Neumünster:*** *Apotheke* ***Fingerhuth,*** *Kreuzplatz.* [Nr. 46]

Proben für Aerzte und Hospitäler gratis u. franco.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Redigirt von

Prof. Dr. **H. Kronecker** und Prof. Dr. **H. Senator.**

Wöchentlich 1—2 Bogen. gr. 8. Preis des Jahrg. 20 Mark.

Abonnements bei allen Buchhandlungen und Postanstalten.

Tamar indien

(deutsches Fabrikat)

erfrischende, abführende Fruchtpastillen; von vielen deutschen Aerzten mit Vorliebe verordnet. Sowohl dem französischen (Grillon) als anderen ähnlichen Fabrikaten seiner angenehmen, schmerzlosen Wirkung, **da ohne jede Drastica** vorzuziehen. 10 Pastillen kosten Fr. 2. Die Unterzeichnete bittet die geehrten Herren Aerzte, welche das Präparat verordnen, die betr. Patienten darauf aufmerksam zu machen, **Tamar indien der Adlerapotheke in Frankfurt a. M.** zu fordern. Proben zu eingehenden Versuchen stehen gratis und franco zur Verfügung. [D &C 4442 F]

Adlerapotheke, Frankfurt a. M.

Vertreter für die Schweiz: Basel, St. Jacobsapotheke.



Von allen bekannten Weinen enthält der Wein von St.-Raphaël am meisten reconstituierende, stärkende und tonische Bestandtheile. — Sehr leicht verdaulich ist er unvergleichlich zur Stärkung junger Frauen, Kinder und bejahrter Personen. — Ganz vortrefflich mundend ist er der gesundeste aller Weine. — Gewöhnliche Dose: ein Kelchglas (Bordeauxglas) nach jeder Mahlzeit.

Jede Flasche trägt eine Etiquette und eine Kapsel mit dem Facsimile *St Raphaël*

Zu kaufen bei den Herren: ***E. Ramsperger*** *in* ***Basel, W. Pictet*** *in* ***Genf*** *und* ***allen Apothekern*** *und* ***Droguisten.***

Expedition: die „Compagnie propriétaire du vin de St. Raphaël" in Valence (Drôme), Frankreich.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

[Co]RRESPONDENZ-BLATT

für

schweizer Aerzte.

[Am] 1. und 15. jedes [Monats] erscheint eine Nr. [1½]—2 Bogen stark; [am Sch]luss des Jahrgangs [Titel u.] Inhaltsverzeichniss.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die zweisp. Zeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

[P]rof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und Dr. A. Baader in Basel.

N°. 3. XII. Jahrg. 1882. 1. Februar.

Original-Arbeiten.

Vermag die frühzeitige und consequente Anwendung des salzsauren Pilocarpins bei der genuinen Diphtheritis die Ausbreitung des localen Processes zu beschränken und namentlich sein Uebergreifen von den Rachenorganen auf den Kehlkopf zu verhüten?

Von Prof. **Demme** in Bern.

Im Novemberheft der Petersburger medicinischen Wochenschrift, Jahrgang 1881, veröffentlicht Herr Dr. *Georg Guttmann* aus Constadt einige Erläuterungen zu *Dehio*'s[1]) Arbeit „über die Wirkungen des Pilocarpins bei Diphtheritis“ und erwähnt dabei unter den Aerzten, welche die specifische Wirksamkeit dieses Arzneimittels gegen Diphtheritis bestätigt haben, auch meines Namens. Ich habe bereits in einer im Jahrbuche für Kinderheilkunde erschienenen Notiz,[2]) durch getreue Wiedergabe der in meinen hier einschlagenden Arbeiten enthaltenen Schlussfolgerungen das Unrichtige dieser Angabe dargethan, und erlaube mir ebenso hier, zur Charakterisirung meines bisherigen Standpunktes in der genannten Frage, einige Sätze des Résumé's meiner im 18. Jahresberichte[3]) des *Jenner*'schen Kinderspitales über Pilocarpinwirkung bei Diphtheritis veröffentlichten Erfahrungen zu wiederholen. Es lauten dieselben auf pag. 70 der genannten Arbeit wörtlich:

„Für die Annahme einer specifischen Einwirkung des Pilocarpins auf den diphtheritischen Infectionsstoff gewähren auch meine jüngsten hierauf bezüglichen Beobachtungen keinen Anhaltspunct. Ich muss diesen meinen früheren Ausspruch auch gegenüber den letzten Veröffentlichungen *Guttmann*'s (Breslauer ärzt-

[1]) St Petersb. medic. Wochenschr 1881, Nr. 19, 20, 21.
[2]) N. F. vol. XVIII, H. 1, pag. 109.
[3]) Bern, Dalp'sche Buchhandl. 1881 (Juni).

liche Zeitschrift Nr. 8 und 9, 1881) festhalten, und zwar gestützt darauf, dass nach meinen Beobachtungen in einer nicht geringen Zahl von Fällen der locale diphtheritische Process, trotz frühzeitiger und consequenter, auch innerlicher Darreichung des Pilocarpins, sich weiter ausbreitet — sowie dass bei den schweren, intoxicationsartig verlaufenden Diphtheritisfällen, welche doch den besten Maassstab für eine specifische Einwirkung des Medicamentes abgeben würden, das Pilocarpin mit Rücksicht auf den schliesslichen Ausgang der Erkrankung wohl ebenso wirkungslos wie alle übrigen bis jetzt dagegen versuchten Arzneimittel bleibt."

In der weiteren Ausführung dieser Sätze machte ich einerseits darauf aufmerksam, dass bei solchen Patienten, bei welchen der allgemeine Kräftezustand bedeutend gesunken und speciell die Energie der Innervation der Athmungsorgane ungenügend geworden ist, die expectorative Pilocarpinwirkung, bei mechanisch bedingtem Tiefersinken der verflüssigten Auswurfsstoffe nach den feinsten Theilen der Athmungswege, der Bildung catarrhalisch-pneumonischer Herde Vorschub leiste. Andererseits betonte ich, dass bei noch intactem Kräftezustand, beziehungsweise genügender Energie der Innervation der Respirations- und Circulationsorgane, das Pilocarpin, bei regelmässiger Auslösung seiner diaphoretischen und expectorativen Wirkung, die übrige Behandlungsweise der Diphtheritis in symptomatischer Beziehung zu unterstützen befähigt sei.

Für jeden Unbefangenen geht aus diesen im Juni 1881 veröffentlichten, die Ergänzung zu meinen klinisch-experimentellen Studien über die Pilocarpinwirkung bildenden Mittheilungen hervor, dass ich diesem Arzneimittel bei der Diphtheritis jede specifische Einwirkung abgesprochen und nur eine sehr bedingte, ausschliesslich symptomatische Wirkungsweise eingeräumt habe.

Als solche erscheint speciell die mit der allgemein secretionsbefördernden Eigenschaft dieses Medicamentes zusammenhängende Durchfeuchtung der Schleimhaut der Rachen- und Athmungsorgane. Durch diese Steigerung der natürlichen Secretion der Schleimhaut (expectorativer Effect) wird, analog der Wirkungsweise der von Aussen den betreffenden Organen durch Inhalation zugeführten feuchtwarmen Dämpfe, das peinliche, auch das Schlucken wesentlich erschwerende Gefühl von Trockenheit der diphtheritisch afficirten, oft panzerähnlich erstarrten Schleimhautparthieen häufig vermindert und die Schmerzhaftigkeit der Bewegung dieser Theile herabgesetzt. Ich sah hierin gleichzeitig eine mechanische Begünstigung [1]) der spontanen Lösung der diphtheritischen Belege und fibrinösen Schleimhautdurchgiessungen bei leichten und manchen mittelschweren Diphtheritisfällen. Bei den schweren, perniciösen, peracut verlaufenden diphtheritischen Erkrankungen bleibt eine derartige Einwirkung aus, kommt es überhaupt zu gar keiner Pilocarpinwirkung oder scheint dieses Medicament, trotz

[1]) Der anatomischen Lage der Ausführungsgänge der Speicheldrüsen wegen kommt die Vermehrung der Speichelsecretion für die Erzielung eines derartigen Effectes nicht in Frage.



der gleichzeitig excitirenden Behandlung, die ohnedies bestehende Neigung zu Herzlähmung bedenklich zu steigern. Dies sind die Grenzen der symptomatischen Wirkungsweise, welche ich nach meinen Beobachtungen bis zum Juni 1881 dem Pilocarpin bei Diphtheritis zuerkannt hatte.

War hierdurch die Nutzlosigkeit dieses Arzneimittels bei den Fällen schwerer diphtheritischer Erkrankung dargethan, so erschienen mir dagegen auch meine eigenen Beobachtungsergebnisse über die Wirkung desselben bei leichteren und mittelschweren, langsamer verlaufenden Fällen noch sehr mangelhaft und unvollständig. Die allgemeinen Angaben „einer leichteren, spontanen Losstossung der diphtheritischen Belege, einer rascheren Heilung der betreffenden Fälle unter dem Pilocarpingebrauche“ sind ja rein subjective, uncontrolirbare Anschauungen des jeweiligen Beobachters. Welchen Werth sollen wir aber den von den verschiedensten Seiten und den abweichendsten Standpuncten aus gebrachten Zusammenstellungen von so und so viel unter dem Gebrauche dieses Medicamentes geheilten oder tödtlich abgelaufenen Diphtheritisfällen beimessen? Bei der grossen Verschiedenheit des Charakters der einzelnen dieser sporadischen oder epidemischen Erkrankungsreihen, ihrer wechselnden Gutartigkeit oder aber Perniciosität, geben solche allgemeine statistische Angaben meist nur zu Selbsttäuschung und unbeabsichtigter Täuschung Anderer Veranlassung.

Es war mir deshalb klar, dass ich die Frage nach der Wirksamkeit des Pilocarpines bei Diphtheritis in einer anderen Weise zu lösen versuchen müsse.

Die Behauptung der Fortexistenz und Weiterentwicklung der den diphtheritischen Auflagerungen entnommenen Coccen in selbst concentrirten Pilocarpinlösungen, entbehrt ebenfalls eines überzeugenden Beweises, da es zunächst gelungen sein müsste, den specifischen Diphtheritiscoccus, wenn es überhaupt einen solchen gibt, rein zu züchten, um nachmals die Einwirkung des Pilocarpines auf denselben nachzuweisen. Dieses Postulat ist meines Wissens noch nicht erfüllt.

Dagegen schien mir für den Nachweis einer eigentlichen Heilwirkung dieses Medicamentes das Verhalten der uns als eine controlirbare Aeusserung der Erkrankung sich darstellenden diphtheritischen Rachenbelege,[1]) beziehungsweise ihre Begrenzung oder Ausbreitung, ihre vollständige Abheilung oder nachmalige Wiederbildung während einer früh begonnenen und methodisch geleiteten Pilocarpinbehandlung, vorläufig maassgebender.

Ein zweites Criterium einer Heilwirkung dieses Medicamentes erblickte ich in dem Verhalten der den primären Erkrankungsherden naheliegenden Organe, dem Freibleiben oder dem consecutiven Miterkranken derselben während einer consequenten Pilocarpinbehandlung (Uebergreifen des diphtheritischen Localprocesses beispielsweise vom Rachen auf den Kehlkopf oder Ausbleiben dieses Vorganges).

[1]) Ich verwahre mich hier jedoch zum Voraus gegen die Annahme, als ob ich in der örtlichen diphtheritischen Erkrankung mehr als eine blosse Theilerscheinung des diphtheritischen Processes sehe. Kommen uns doch genug der Fälle zur Beobachtung, bei welchen eine nur beschränkte Ausdehnung des Localprocesses (beispielsweise im Rachen) besteht, und doch die diphtheritische Allgemeininfection auffallend rasch und unaufhaltsam zu einem lethalen Ausgang der Erkrankung führt.



Von diesem Standpuncte aus stellte ich mir für eine neue Beobachtungsreihe von Pilocarpinbehandlung bei Diphtheritis die den Titel unserer heutigen Mittheilung bildenden Fragen.

Die nochmalige Durchsicht des meinen früher erwähnten Arbeiten zu Grunde liegenden Beobachtungsmateriales liess mich eine nachträgliche Verwendung desselben zur Entscheidung dieser Puncte als unzweckmässig erkennen. Wir hatten es hier mit Beobachtungen von Rachendiphtheritis zu thun, bei welchen an und für sich, und zwar unabhängig von der besonderen Art der Behandlung, nur ausnahmsweise eine Mitbetheiligung von Kehlkopf und Luftröhre wahrgenommen wurde. Zeugniss hievon gibt die sehr geringe Zahl von Tracheotomieen, welche ich während der genannten Jahre bei diesen in unserem Kinderspitale, seiner Poliklinik und in meiner Privatpraxis behandelten Fällen vorzunehmen hatte.[1]) Dagegen kam im Laufe des Spätsommers, Herbstes und Winteranfanges 1881 in Bern und seiner nächsten Umgebung eine grössere Zahl sporadischer Fälle von genuiner Diphtheritis vor, bei welchen es sich meist um eine primäre Localisation des Processes auf die Rachenorgane, d. h. die Mandeln, die Gaumenbögen und das Zäpfchen, mit raschem Uebergreifen der diphtheritischen Erkrankung auf Kehlkopf und Luftröhre handelte. Seltener zeigten sich die letztgenannten Organe primär ergriffen. Namentlich die erstgenannte Gruppe von Fällen erschien für die Prüfung der Pilocarpinbehandlung im genannten Sinne geeignet, und nahm ich dieselbe auch, sobald ich, schon bei den ersten Beobachtungen, den eigenthümlichen Charakter der Erkrankung gewahr wurde, in consequenter methodischer Weise bei den sämmtlichen hier in Betracht kommenden Kranken und zwar sofort mit dem Beginne meiner Behandlung vor.[2])

Ich zählte hierbei unter dem Krankenstande unseres Kinderspitales, seiner Poliklinik und meiner Privatpraxis 19 Fälle von primärer Rachen- und 7 Fälle von ebensolcher Kehlkopfdiphtheritis.[3]) Dieselben betrafen sämmtlich Kinder im Alter von 8 Monaten bis zu 9 Jahren. Drei dieser Fälle hatten einen leichten, 17 einen schweren und 6 einen intoxicationsartig-perniciösen, sehr rasch zum Tode führenden Verlauf. Abgesehen von den zur Antipyrese verordneten Maassnahmen, den abkühlenden Bädern, den nasskalten Einwicklungen des Rumpfes, der localen Eisbehandlung des Halses und den permanenten Einathmungen lauwarmer Wasserdämpfe (verdünnter Aqua calcis), erhielten diese Kranken das Pilocarpinum muriaticum in innerlicher Darreichung, ausnahmsweise in subcutanen Einspritzungen. Zur Vermeidung unnöthiger Wiederholungen verweise ich bezüglich der Reinheit des zur Verwendung kommenden Präparates, der zweckmässigsten, den einzelnen Altersstufen entsprechenden Dosirung desselben, der gleichzeitigen Darreichung

[1]) Im Jahre 1879: 14 Diphtheritisfälle: 2 Tracheotomieen.
„ „ 1880: 21 „ : 3 „
Erstes Trimester 1881: 11 „ : 1 Tracheotomie.

[2]) Eine Reihe von Anfragen besonders meiner schweizerischen Collegen „über die Erfolge der Pilocarpinbehandlung bei Diphtheritis zunächst in unserem Kinderspitale“ liess mich auf diesen nicht eben dankbaren Gegenstand überhaupt noch ein Mal zurückkommen und veranlasste mich gleichzeitig dazu, die betreffenden Resultate in diesen Blättern zu veröffentlichen.

[3]) Von diesen 26 Patienten hatten 19, somit 73 Procent, 6—12 Monate vorher die Masern überstanden.



von Excitantien u. s. w. auf meine ausführlichen, früher hierüber gemachten Angaben[1]) und lasse nunmehr zunächst die Krankengeschichten einiger für unsere Fragestellung besonders bemerkenswerther Fälle, und zwar absichtlich der Beobachtungen von primärer Rachendiphtheritis, in gedrängtem Auszuge folgen:

1. Emil Aegerter, $2^1/_2$ Jahr alt, kräftiger Knabe. Am 3. August 1881 Abends plötzlich von Heiserkeit und stridulöser Inspiration befallen. Dattelförmiger, weissgelber derber fibrinöser Belag auf beiden inneren Mandelflächen. Uvula hochroth, geschwollen. Temperatur 38,8. Medication: Pilocarpin 0,025 pro die in 100,0 Aq., mit 25,0 Cognaczusatz. Eisüberschläge um den Hals, Inhalationen von verdünntem Kalkwasser.

Am 4. und 5. August fortwährend leichter Schweiss, sehr mässige Salivation, Brechneigung, kein Erbrechen. Temperatur: zwischen 39,5 des Abends und 38,8—39,0 des Morgens. Diphtheritische Localisation im Halse trotz der fortgesetzten Pilocarpindarreichung langsam sich vergrössernd und auch das Zäpfchen an der den Mandeln zugekehrten Fläche ergreifend. Bedeutende Anschwellung der submaxillaren Lymphdrüsen.

Am 6. August die ersten Erscheinungen von Laryngostenose. Dieselben durch eine neben der innerlichen Darreichung applicirte Pilocarpininjection von 0,01 und hierauf folgendes reichliches Erbrechen vorübergehend vollkommen beseitigt. Einige Stunden später Pilocarpin wie früher innerlich fortgereicht. Am 7. August Morgens noch heftigere Symptome von Laryngo-Tracheo-Stenose. Eine neue Pilocarpininjection erfolglos. Tracheotomie mit Entfernung zahlreicher derb fibrinöser, zum Theil gelockerter Croupmembranen aus der Trachealwunde. Von jetzt an Pilocarpin des Kräfteverfalles wegen ausgesetzt. Heilung am 23. Tage nach Beginn der Erkrankung. Vorübergehende Gaumenlähmung notirt.

2. Rosa Zaug, 4 Jahre alt, zart gebaut, von blasser Gesichtsfarbe, hat vom 6. bis 12. Lebensmonat wiederholt an Darmcatarrhen gelitten, im Frühling des Jahres 1881 die Masern ohne Nachkrankheit überstanden. Klagte am 16. August 1881 Mittags über heftige Halsschmerzen. Bei der um 4 Uhr Nachmittags vorgenommenen Untersuchung scharlachrothe Injection des ganzen weichen Gaumens und diphtheritischer Belag der ganzen Uvula und beider Mandeln constatirt. Pilocarpinmedication zu 0,03 pro die. Nach Verbrauch der Hälfte der Mixtur mässiger Schweiss, zeitweise stärkere Salivation. Halsschmerzen bedeutend abgenommen, Schlucken erleichtert. Am 17. August gegen Mitternacht plötzlich von Heiserkeit und Crouphusten befallen. Am 18. August Morgens 5 Uhr etwas Athemnoth. Ein von den Eltern sofort aus der Apotheke besorgtes Brechmittel hat einige Würgbewegungen, kein Erbrechen, keine Erleichterung zur Folge. Constatirte bei der um $5^1/_2$ Uhr vorgenommenen Untersuchung keinen Fortschritt der Rachenaffection, dagegen leichte Erscheinungen von Laryngostenose, Anustemperatur 40,5. Sofort eine Pilocarpininjection von 0,01; 3 Minuten später heftiges Erbrechen, profuser Schweiss, reichliche Salivation. Schon nach 7—10 Minuten ruhigeres, feuchtrasselndes Athmen, eine Stunde später vollkommene Euphorie, tiefer, erquickender Schlaf. Pilocarpin wie bei Fall 1, in innerlicher Darreichung fortgesetzt. Im Laufe der Nacht vom 18. auf den 19. August nach fünfstündigem Schlaf und Unterbrechung der Medication trotz fortgesetzten Kalkwasserinhalationen Wiederkehr leichter laryngostenotischer Beschwerden. Dieselben durch regelmässige Wiederaufnahme der Pilocarpindarreichung und im Verlauf derselben sich einstellendes lebhaftes Dünsten der Haut und reichliche Expectoration zäher Schleimmassen, innerhalb der nächsten 3—4 Stunden verschwindend. Am 21. August Losstossung des inzwischen beschränkt gebliebenen Uvulabelages. Die vom 18. bis 21. August zwischen 38,5 und 39,3 schwankende Körpertemperatur auf 36,3 des Morgens gesunken. Vom 23. August an Wohlbefinden, Heilung. Zwischen dem 27.—31. August leichte, sehr bald spontan verschwindende Gaumenlähmung.

3. Christian Lauper, 5 Jahre alt, kräftig entwickelt, hat Ende December 1880 die Masern überstanden. Am 2. December 1881 von einer mässig schweren Diphtheritis des weichen Gaumens und der Nasenhöhlen befallen. Nach dem dritten, in stündiger

---

[1]) Vergl. „Das Pilocarpin bei Scharlach und Diphtheritis", Jahrb. für Kinderheilk., N. F. XVI, pag. 337 ff.



Entfernung gereichten Löffel einer auf 24 Stunden berechneten Mixtur von 0,025 Pilocarpin mit 20,0 Cognac auf 100,0 Wasser stellt sich weder Schweiss noch Speichelfluss, dagegen heftiges Erbrechen mit beängstigenden Collapssymptomen bezw. rapidem Sinken der Eigenwärme von 39,3 auf 35,8° C. ein, Pilocarpin deshalb weggelassen. Aetherinjectionen nothwendig. Ein zweiter Versuch mit Pilocarpin am nächsten Tage, in halber Dose, erregt ebenfalls stürmisches Erbrechen mit Collapserscheinungen. Auf Pilocarpin deshalb verzichtet. Der Fall heilt ohne irgend welche innere Medication unter nasskalten Einwicklungen des Rumpfes und Halses, sowie permanenten Inhalationen von verdünntem Kalkwasser in 11 Tagen ab. Im Verlaufe der Convalescenz leichte, innerhalb 8 Tagen von selbst verschwindende Parese des rechten Vorderarmes.

4. A. T., 4 Jahre alt, ein etwas zart gebautes, sonst normal entwickeltes Mädchen; am 12. September 1881, einer ausgebreiteten, sehr schweren Rachendiphtheritis wegen, in Behandlung getreten. Pilocarpin in obiger Lösung und Gabe sehr gut vertragen. Permanentes Dünsten der Haut neben sehr mässiger Vermehrung der Speichelsecretion. Die durch die fibrinösen Durchgiessungen der Schleimhaut des weichen Gaumens und Zäpfchens für das Kind besonders quälende Starrheit und Trockenheit des Rachens beginnt unter dem Pilocarpingebrauche einer zunehmenden, das Schlucken wesentlich erleichternden Durchfeuchtung mit allgemeiner Vermehrung der Schleimsecretion seitens der Rachenschleimhaut, Platz zu machen. Dagegen breitet sich die diphtheritische Localisation trotz des consequenten Pilocarpingebrauches weiter aus. Am 14. September deutliche Erscheinungen von Larynxdiphtheritis mit zunehmender Athemnoth. Trotz mehrfachen Erbrechens stete Steigerung der Laryngo-Tracheal-Stenose bis zur endlichen Vornahme der sofort vollkommene Euphorie erzielenden Tracheotomie. Zur Verflüssigung der zähen Bronchial- und Trachealsecretion Pilocarpin in kleinerer innerlicher Gabe fortgesetzt. Drei Tage nach der Operation plötzlich vehemente Symptome allgemeiner capillärer Bronchitis mit lethalem Ende unter den Erscheinungen eines rasch sich entwickelnden Lungenödemes. Autopsie nicht gestattet.

5. Katharina Berger, 15 Monate alt, sehr kräftig und gut genährt, am 27. October 1881 ohne vorhergegangene Krankheitserscheinungen plötzlich von gussweisem Erbrechen mit nachfolgendem Sopor und Ansteigen der Eigenwärme, innerhalb 3 Stunden, bis zu 41,3° C. befallen. Bei der zu dieser Zeit vorgenommenen Untersuchung zwei erbsengrosse hellweisse diphtheritische Belege auf der Innenfläche jeder der beiden mässig geschwellten, stark gerötheten Mandeln constatirt. Schleimhaut des Gaumens und Mundes ausnehmend trocken, selbst bei leichter Berührung mit dem Spatel blutend. Fœtor ex ore. Puls 160, Respiration 44 in der Minute. Medication: Bad, Einwicklungen, Eiscompressen um den Vorderhals, Pilocarpin 0,025 pro die in Aq. dest. 90,0 mit 10,0 Cognaczusatz; hievon stündlich 1 kl. Esslöffel.

28. Oct. Diphtheritische Localisation auf die ganzen Innenflächen beider Mandeln und die Basis des Zäpfchens ausgedehnt. Submaxillare Lymphdrüsen stark geschwellt. Starker fauliger Geruch aus Mund und Nase. Ohruntersuchung negatives Resultat. Die am 27. October brennend trockene Haut jetzt lebhaft dünstend; kein eigentlicher Schweiss. Rachen- und Mundhöhlenschleimhaut deutlich feucht, stellenweise mit etwas klebrigem Schleim bedeckt. Wiederholt, jedoch nicht anhaltend, eine mässige Vermehrung der Speichelsecretion bemerkbar. Wegen leichter Brechneigung Pilocarpingabe nicht vermehrt, sondern wie am 27. fortgesetzt. Schlucken wesentlich leichter als am vorhergehenden Tag. Temp. 39,1—39,9, Puls 148, Resp. 40.

29. Oct. Der ganze weiche Gaumen, namentlich die Mandeln, Zäpfchen und ein Theil der hinteren Rachenwand mit einem gypsähnlich weissen diphtheritischen derben Belage wie austapezirt. Submaxillare Lymphdrüsen als dicke knollige Pakete fühlbar. Haut fortwährend lebhaft dünstend, die ganze Mund- und Rachenschleimhaut feucht. Schlucken nicht wesentlich gestört. Temp. 37,7, Puls 148, Resp. 52. Mittags plötzlich bellender heiserer Husten. Schon eine Stunde später Erscheinungen hochgradiger Laryngostenose. Um 3 Uhr Nachmittags momentan erfolgreiche Tracheotomie. Eine Stunde später Tod unter dem Bilde der Herzlähmung. Der an jedem Tage untersuchte Urin zeigte erst am 29. October mässigen Eiweissgehalt, ferner Fibrincylin-

der und Blutkörperchen im Sedimente. Am Morgen des 29. October waren nach der *Koch*'schen Methode Coccen im Blute nachweisbar.

Autopsie: unter den fibrinösen diphtheritischen Belagen zahlreiche Cocceninvasionen in die tieferen Gewebe; eben solche Cocceninvasionen in die Lymphdrüsen des Unterkiefers. Luftröhre mit einem röhrenförmigen, derb fibrinösen Ergusse ausgekleidet. Rechter unterer Lungenlappen beinahe vollständig hepatisirt. Darm frei. Milz wie bei Typhus vergrössert. Parenchymatöse mycotische Entzündung der Nieren.

6. Lydia B., 2 Jahre alt, mässig kräftiges Mädchen mit blasser Gesichtsfarbe. Am 16. November 1881 von leichtem Schluckweh, Appetitverlust und Schlafsucht befallen. Bei der Vorstellung in meiner Consultationsstunde constatirte ich einen diphtheritischen graugelblichen Belag der ganzen der rechten Mandel zugewendeten Fläche der Uvula. Temp. 37,1° C., 92 Pulse, 36 Respirationen. Sofort die Medication wie bei Fall 5 eingeleitet. Nach successiver Einnahme von 0,0075 Piloc. mur. reichlicher Schweiss mit profuser Salivation, kein Erbrechen.

Das Kind wird am 17. November in das Kinderspital aufgenommen. Bei der um 4 Uhr Nachmittags vorgenommenen Untersuchung zeigt sich nunmehr, trotz der fortgesetzten Pilocarpinmedication, das ganze Zäpfchen von demselben graugelben, derb fibrinösen Belage überzogen. Die Submaxillardrüsen stark geschwellt und auf Druck schmerzhaft. Sensorium eingenommen. Das Kind schwitzt leicht und gern. Temp. 38,5, Puls 104, Resp. 36 in der Minute.

Abends diphtheritischer Belag der Uvula durch fächerförmige Ausstrahlung gegen den weichen Gaumen wesentlich vergrössert. Deutliche Heiserkeit. Nur spärlicher heiserer, nicht bellender Husten. Medication fortgesetzt. Kein Erbrechen.

In der Nacht vom 17. auf den 18. November die Athmung plötzlich unregelmässig, der Puls jagend. Die Heiserkeit nimmt ohne Eintritt von Laryngostenose zu. Das Pilocarpin weggelassen, Campfer mit Flor. Benzoe gereicht, Aetherinjectionen. Nachts 1 Uhr Temp. 38,8, um 3 Uhr 36,5, um 4 Uhr 35,3. Um 5 Uhr erfolgt unter rasch sich entwickelndem Lungenödem der Tod.

Autopsie: bezüglich der diphtheritischen Herde der Befund wie bei Fall 5. Kehlkopf und Luftröhre mit einer, dem Uvulabelage ähnlichen, derben fibrinösen Membran ausgekleidet, ohne dass jedoch hierdurch eine vollkommene Laryngo-Tracheo-Stenose bedingt worden wäre. In den Lungen einzelne zerstreute bronchopneumonische Herde. Parenchymatöse Nephritis. Zahlreiche kleine Ecchymosen in das Gewebe der Pleura und des Peritoneum.

Es ist noch nachzutragen, dass das Ergebniss der am 17. November vorgenommenen Harnuntersuchung mit dem des 5. Falles übereinstimmte.

7. Christian Bütikofer, 6 Jahre alt, sehr zart, mager, blass. Hat im Januar v. J. die Masern überstanden. Am 21. November 1881, Morgens von rauhem bellendem Husten und heftigem Schmerz beim Schlucken befallen. Dattelförmiger, braungelber Belag auf der rechten Mandel. Zäpfchen bedeutend geschwellt, hochroth. Kleine Ecchymosen auf der Schleimhaut des harten Gaumens und der Wangen. Mund- und Rachenschleimhaut trocken, heftige Schmerzen beim Schlucken. Nasenbluten. Temp. 37,2, Puls 88, Resp. 28 in der Minute. Medication: Inhalationen von verdünntem Aq. calcis. Pilocarpini 0,025 in obiger Lösung pro die.

22. Nov. Aus Missverständniss hatten die Eltern bis heute zwei Fläschchen der genannten Pilocarpinlösung, somit 0,05 P. pro die verabreicht. Trotzdem kein Schweiss, keine Salivation, kein Erbrechen. Diphtheritischer Belag der rechten Mandel um das Doppelte ausgedehnt. Eine ähnliche fibrinöse Durchgiessung der Schleimhaut hat die ganze Uvula ergriffen. Temp. 37,8, Puls 92, Resp. 30. Von jetzt an Pilocarp. 0,075 pro die mit 20,0 Cognac pro die verabreicht.

Am Morgen des 23. Nov. reichliche Durchfeuchtung der Rachen- und Mundschleimhaut, mässige Salivation, reichliches Dünsten der Haut, kein eigentlicher Schweiss. Patient fühlt sich wohl, wiederholt öfters, dass ihn der Hals nun nicht mehr schmerze, verlangt sein Spielzeug, will trinken, essen u. s. w. Temp. 38,0, Puls 96, Resp. 32. In der Nacht vom 23. auf den 24. Nov. plötzlich wieder heftiger bellender Husten, pfeifende Inspiration, keine Athemnoth. Gegen den Morgen des 24. Nov. Erscheinungen leichter



Laryngostenose. Pilocarpineinspritzung von 0,015. Hierauf heftiges Erbrechen, profuser Schweiss, mässige Salivation. Zwei Stunden später lockerer Husten. Ueber Tags heftiges Nasenbluten. Von jetzt an Pilocarpin zu 0,002 stündlich, 0,1 pro die. Abends Temp. 37,2, Puls 88, Resp. 28.

Am 25. Nov. beginnende Lösung der diphtheritischen Belege im Rachen. Am 28. Nov. Heilung. Vom 3. bis 17. Dec. Gaumenlähmung.

Das hier innerlich verwendete Pilocarpinpräparat qualificirte sich als vollkommen frisch und wirksam, da in einem anderen leichteren Falle 0,015 desselben, ebenfalls innerlich, pro die dargereicht, profuse Schweiss- und Speichelsecretion veranlasst hatten.

8. Fritz Jenny, 17 Monate alt, gut genährt. Am 22. Nov. von Schlingbeschwerden und Halsschmerzen befallen. Bei der Vorstellung in der Poliklinik des Kinderspitales die Mandeln geschwellt, hoch geröthet, auf der Innenfläche der linken Mandel ein linsenförmiger, derb fibrinöser, weissgelber Belag. Trotz Pilocarpindarreichung von 0,02 pro die, in obiger Lösung, langsame Ausbreitung desselben. Bedeutende Schwellung der Submaxillardrüsen, ekelhafter Fœtor ex ore, profuse Darmausleerungen.

Am 23. Nov. Aufnahme in das Spital. Pilocarpin wie früher fortgesetzt, Kalkwasserinhalationen. Gleichen Tages gegen Abend die ersten Erscheinungen von Laryngo-Tracheo-Stenose. Da auf 0,02 Pilocarpin pro die kein Erbrechen und nur sehr mässiges Dünsten der Haut neben geringer Vermehrung der Speichelsecretion beobachtet worden, von jetzt an 0,05 Piloc. pro die in derselben Lösung mit 10,0 Cognac gereicht.

Vom 24. bis 27. abwechselnd bald lockerer Husten mit freierem Athmen, bald Dyspnœ, pfeifende Inspiration, Crouphusten. Diphtheritische Localisation im Rachen gegenüber den ersten Untersuchungen sehr bedeutend zugenommen. Temperatur während dieser Tage fortwährend 38,9 bis 39,8. Haut anhaltend dünstend, nur mässig vermehrte Speichelsecretion. Diurese von 350 auf 720 Ccm. vermehrt.

Am 27. Nov. Abends 5 Uhr plötzlich hochgradige Athemnoth, Cyanose von Wangen und Lippen. Tracheotomie. Unmittelbar nachher Euphorie. Pilocarpin wie vorher fortgesetzt. Diurese auf 150 Ccm. vermindert, reichlicher Eiweissgehalt, Faserstoffcylinder und Blutkörperchen im Sediment.

Am 28. Nov. hochgradige Schwellung der sub- und retromaxillaren Lymphdrüsen. Sopor. Temperatur auf 40,0 steigend. Die Rachenaffection, welche am 26. bereits eine allseitige Lösung der Belege hatte wahrnehmen lassen, in Form derber fibrinöser Durchgiessungen des weichen Gaumens recidivirt. Abends 9 Uhr Tod in Folge plötzlicher Herzparalyse.

Ergebniss der Autopsie wie bei Fall 5. — Croupöse Pneumonie des linken untern Lungenlappens. Hochgradige (infectiöse) parenchymatöse Nephritis.

9. Christian Gruber, 9 Jahre alt, sehr kräftiger Knabe. Hat im Frühling 1881 die Masern überstanden. Am 1. December v. J. plötzlich Temperaturerhöhung bis 41,7° C. Heftige Schlingbeschwerden; Schlucken, der peinlichen Trockenheit im Halse wegen, verweigert. Auf der rechten, geschwollenen Mandel dattelförmiger, grauweisser, derber Belag. Ausser der genannten antipyretischen Medication Pilocarpinmixtur zu 0,025 pro die mit 50,0 Cognaczusatz. Nach Verbrauch der Hälfte der Mixtur reichliches Dünsten der Haut, anhaltende Salivation. Rachenschleimhaut feucht, Schlucken bedeutend erleichtert. Schmerz im Rachen vermindert. Bis zum 5. Dec. unter Abfall der Temperatur bis auf 36,2° C. Mandelbelag losgestossen. Trotzdem Pilocarpin zu 0,015 pro die fortgesetzt.

Am 6. Dec. plötzlich, trotz ununterbrochener Darreichung des Pilocarpins Recidive der Rachendiphtheritis, dieses Mal auf der Uvula und linken Mandel, unter neuem Ansteigen der Temperatur bis zu 40,7° C. Abheilung auch dieser Localisation bis zum 10. Dec. Pilocarpin dabei wieder zu 0,025 pro die consequent fortgebraucht.

Am 11. Dec. Nachts plötzlich Aphonie, bellender Husten, gegen 4 Uhr Morgens hochgradige Laryngo-Tracheo-Stenose. Pilocarpineinspritzung von 0,01 erfolglos, reichliche, 10—15 Minuten dauernde Salivation, kein Schweiss, kein Erbrechen. Um 9 Uhr Morgens höchste Athemnoth, Cyanose. Tracheotomie. Sofortige vollständige Erleichterung. Mehrere röhrenförmige fibrinöse Ausgüsse der Trachea mit der Pin-



cette entfernt. Der grossen Schwäche wegen Pilocarpin von jetzt an weggelassen, nur Bouillon, Wein, Cognac gereicht.

Sehr rasche Abheilung des Falles mit definitiver Entfernung der Canule 8 Tage nach der Operation. Am 21. Dec. Symptome leichter Lähmung des Gaumensegels, bis zum 25. Dec. ohne Medication verschwunden. Bei der Entlassung frische Durchbohrung des rechten Trommelfelles nachgewiesen. Diese wahrscheinlich ebenfalls diphtheritische Affection des Mittelohres war des geringen Ausflusses aus dem Ohr wegen bisher übersehen worden.

War die Mittheilung dieser Auszüge aus unseren Krankenprotocollen zur unparteiischen Beantwortung der genannten Fragen nicht zu umgehen, so genügt für unsere übrigen Fälle wohl die Angabe, dass die schweren diphtheritischen Erkrankungen hier mit dem für Fall 1, 4, 5, 6 und 8 geschilderten Verlaufe übereinstimmten. Bei 11 Patienten unserer Beobachtungsreihe von 26 Fällen musste trotz der meist innerhalb der ersten 24—36 Stunden der Erkrankung begonnenen, consequent durchgeführten, nur bei drohendem Kräfteverfall unterbrochenen Pilocarpinbehandlung, dennoch die Tracheotomie, zur unmittelbaren Lebensrettung vorgenommen werden. Sechs dieser Fälle endeten tödtlich, fünf mit Heilung.

Wenden wir uns mit Rücksicht auf die vorstehende Fragestellung zu einer genaueren Durchsicht unserer Beobachtungen, so ist zunächst hervorzuheben, dass mit Ausnahme von Fall 2, sowie der drei, Eingangs als leichte diphtheritische Erkrankung bezeichneten Fälle, die diphtheritische Localisation bei allen unseren Patienten, während des regelmässigen, sehr früh begonnenen Gebrauches des Pilocarpines, eine constante und zuweilen bedeutende Zunahme und Ausbreitung wahrnehmen liess. Bei Fall 9 erfolgte unter der methodischen Anwendung des Pilocarpines zwar keine Ausdehnung der diphtheritischen Rachenerkrankung, dagegen nach einer verhältnissmässig raschen Abheilung des Localprocesses eine stürmische Recidive desselben; das gleiche Verhältniss zeigte sich ebenfalls bei Fall 8, im Laufe der letzten 24 Stunden vor dem Tode.

Bei allen diesen Beobachtungen handelte es sich vom ersten Beginne der Erkrankung an um die eigentlich fibrinöse, croupöse Form der diphtheritischen Localerkrankung, die sich entsprechender nicht als Auflagerung auf die betreffenden Schleimhautparthieen, sondern als initiale Durchgiessung derselben bezeichnen lässt. Die ersten Localisationsherde auf den Mandeln, den Gaumenbögen, seltener der Uvula, erschienen als runde, oder ovaläre, dattelkernförmige, gelbgraue oder weisse, derbe, nicht mit der Pincette oder dem Spatel entfernbare Massen. Ihre Ausbreitung geschah stets strahlenförmig in die den ursprünglichen Kern der Localisation umgebende scharlachrothe Umrandung. Zunahme der Grösse des Kernes und der radienförmigen Ausstrahlung desselben liessen sich, ohne dass hierbei eine Täuschung möglich gewesen wäre, im Laufe der mehrmals täglich vorgenommenen Untersuchung bemessen.

Die Thatsache, dass bei 42,3% unserer mit Pilocarpin behandelten Fälle die Tracheotomie, der unmittelbaren Bedrohung des Lebens wegen, zur Nothwendigkeit wurde, beantwortet an sich schon unsere Frage „nach der Möglichkeit einer Verhütung des Uebergreifens des diphtheritischen

Processes von den Rachenorganen auf den Kehlkopf" in entschieden negativem Sinne. Bei einzelnen dieser Fälle deutete eine schon mit dem Beginne der Erkrankung bestehende leichte Heiserkeit auf eine wahrscheinlich gleichzeitig mit der Rachenaffection eingeleitete diphtheritische Localisation im Kehlkopf. Die Mehrzahl unserer Beobachtungen jedoch liess das Ergriffenwerden des Kehlkopfes und der Luftröhre als eine plötzlich erfolgte Fortsetzung, ein Ueberspringen der localen Infection von den Rachenorganen auf die Athmungswege erkennen.

Müssen wir somit die den Vorwurf unserer heutigen Besprechung bildende Fragestellung nach beiden Richtungen hin verneinend beantworten und hiermit noch einmal die Annahme einer specifischen Wirkung des Pilocarpines bei Diphtheritis entschieden von der Hand weisen, so ist es wohl andererseits gestattet, des in manchen unserer Fälle sich günstig hervorhebenden symptomatischen Effectes dieses Medicamentes, der dadurch bewirkten wohlthätigen Durchfeuchtung der diphtheritisch afficirten, durch die fibrinöse Ausschwitzung erstarrten Schleimhautparthieen, der Bekämpfung ihrer oft peinlichen Trockenheit und hierdurch bedingten Schmerzhaftigkeit, bei befriedigender Auslösung dieser oben erwähnten sogenannten expectorativen Pilocarpinwirkung, gedenken. Zumal bei unseren drei leichteren Diphtheritisfällen, dann bei Fall 2, 4, 7 und 9 machte sich diese zur Euphorie der Kranken wesentlich beitragende Arzneiwirkung bemerklich. Die Durchfeuchtung der afficirten Rachenorgane bestand hier nicht etwa von Anfang der Erkrankung an, sondern hatte sich in unmittelbarem Zusammenhange mit der zwar nur mässig erzielten diaphoretischen und sialagogen Pilocarpinwirkung eingestellt. Die spontane Losstossung der grossscholligen, fibrinösen, mit Coccen durchsetzten Massen schien bei unseren leichten Erkrankungsfällen, sowie bei Fall 2 und 9 durch die erwähnte Steigerung der Schleimhautsecretion gefördert zu werden. Das der subcutanen Pilocarpineinspritzung unmittelbar folgende Erbrechen hatte in Fall 2 und 7, der Wirkung eines Emeticums entsprechend, die Beseitigung der allerdings nur leichten laryngostenotischen Beschwerden zur Folge.

Ist somit das Pilocarpin unter Umständen geeignet, die übrige symptomatische Therapie der Diphtheritis in der genannten Beziehung zu unterstützen, so stehen andererseits der Entfaltung seiner Wirkung in manchen Fällen nicht unerhebliche Schwierigkeiten entgegen. Zunächst ist die Empfindlichkeit der einzelnen Individuen für dieses Medicament eine vielfach wechselnde. So stellte sich bei Fall 3 unserer Beobachtungsreihe, selbst auf innerlich gereichte Einzelgaben von nur 0,001—0,002 eines bei anderen Kindern vollkommen regelmässig wirkenden Präparates, heftiges Erbrechen mit beängstigenden Collapserscheinungen, jedoch keine der gewünschten, normalen Pilocarpinwirkungen ein. Dagegen war bei Fall 7 eine Tagesgabe von 0,075 und im weiteren Verlaufe von 0,1 des Präparates nöthig, um, ohne irgend welche Störung des Allgemeinbefindens einen, wenn auch nur sehr mässigen diaphoretischen sialagogen und expectorativen Pilocarpineffect zu erzielen. Bei einem dritten Falle unserer Beobachtungsreihe fehlte



endlich nach derselben Tagesgabe von 0,1 dieses Medicamentes jede Art von Einwirkung desselben. Dennoch wagte ich hier, mit Rücksicht auf die herabgesetzte Energie des Herzmuskels, nicht zu einer noch grössern Dosis des Präparates überzugehen.

So wenig nun, wie wir bereits oben hervorgehoben haben, das Ausbleiben der gewünschten Pilocarpinwirkung für den schliesslichen Verlauf der diphtheritischen Erkrankung in Frage kommt, so verhängnissvoll kann andererseits eine abnorme Empfindlichkeit des betreffenden Individuums für das Medicament, namentlich bei Neigung zu Kräfteverfall, zu Lähmung der Respirations- und Circulationscentren (Herzparalyse) werden. Trotz der unserer Pilocarpinmixtur zugesetzten verhältnissmässig bedeutenden Quantität von Cognac trat bei Fall 3 und namentlich bei einer zweiten, hier nicht im Auszuge mitgetheilten Beobachtung die Pilocarpinintoxication so stürmisch und in so unmittelbarem Zusammenhange mit der Darreichung des Medicamentes auf, dass nicht nur die Eltern des Kindes, sondern ich selbst, bis zur Beseitigung der das Leben bedrohenden Collapserscheinungen durch wiederholte Aetherinjectionen, in der peinlichsten Angst schwebten. Ich sehe mich deshalb veranlasst, für die Anwendung dieses Arzneimittels in der Privatpraxis meine Collegen zu einer noch weit sorgfältigeren Ueberwachung der betreffenden Fälle aufzufordern, als ich dies bereits früherhin gethan habe.[1]) Alle zu Kräfteverfall neigenden Patienten sind zudem von der Pilocarpinbehandlung auszuschliessen. Aus diesem Grunde musste bei der Mehrzahl unserer zur Tracheotomie gelangten Fälle von einer zur Beseitigung der laryngostenotischen Beschwerden etwa indicirten subcutanen Pilocarpineinspritzung (wie bei Fall 2 und 7) vollkommen Abstand genommen werden.

Ueberblicken wir schliesslich die Ergebnisse auch dieser neuen Beobachtungsreihe von Pilocarpinbehandlung bei Diphtheritis, so kommen wir zu den nämlichen Schlussfolgerungen, wie sie bereits im 18. Jahresberichte des *Jenner*'schen Kinderspitales enthalten und Eingangs der heutigen Besprechung wiederholt worden sind. Es lassen sich dieselben in etwas allgemeinerer Weise in folgende Sätze zusammenfassen:

Die leichteren Diphtheritisfälle heilen, häufig auch ohne jede Behandlung, von selbst ab.[2])

Der von der Natur eingeleitete Heilungsvorgang kann hier, sowie bei mittelschweren Fällen, durch eine rationelle symptomatische Therapie (unter Umständen auch durch Beiziehung des Pilocarpines) unterstützt und hierdurch gleichzeitig die Euphorie dieser Kranken gefördert werden.

Ein eigentliches Heilmittel bei Diphtheritis kennen wir bis jetzt noch nicht. Denn jede der bis heute hiergegen empfohlenen Heilmethoden hat sich bei den schweren, perniciösen

---

[1]) Vergl. 18. Jahresb. d. J. Kinderspit. pag. 66 und 72.

[2]) Einen Beweis hiefür gibt unter Anderem das nicht seltene Vorkommen diphtheritischer Lähmungen auch bei solchen Individuen, welche eine Hals- oder Rachenerkrankung überstanden, jedoch dagegen nicht die Hülfe des Arztes nachgesucht hatten.



diphtheritischen Erkrankungen, bei unparteiischer Prüfung, mit Rücksicht auf den schliesslichen Ausgang dieser Fälle, als vollkommen machtlos erwiesen.

Vereinsberichte.

Medicinische Gesellschaft in Basel.

Schriftführer für die Corresp.-Blatt-Referate Dr. *Daniel Bernoulli.*

Sitzung vom 7. April 1881.

Anwesend 26 Mitglieder und 2 Gäste.

Als Einleitung zur Discussion über die herrschende Typhusepidemie gibt Physicus Dr. *Lotz* einen zusammenfassenden Ueberblick über den Gang des Typhus in den letzten Jahren. Er macht zunächst auf die verschiedenen Ansichten über die Aetiologie des Typhus seitens der verschiedenen Forscher aufmerksam. In seinem endemischen Vorkommen bei uns mit den gelegentlichen kleinen Epidemieen zeigt er keine Analogie mit den acuten Exanthemen. Die für München seit $^1/_4$ Jahrhundert constatirte Coïncidenz von Regenmenge und Grundwasserschwankung mit Typhus ist für Basel nicht so prägnant, wie uns Dr. *Bernhard Socin*'s Zusammenstellungen belehren. Für den Vergleich mit dem Grundwasser fehlen uns längere Reihen von Messungen. Den Epidemieen von 1858 und von 1866 gingen trockene Jahre und tiefer Stand des Rheinpegels voraus. Im Anfange dieses Jahrzehnts galten noch die von Dr. *B. Socin* formulirten Schlusssätze. Dass nun in den letzten Jahren die Typhen an Menge bedeutend abgenommen, möchte Referent mit der Einführung der Wasserversorgung, resp. dem dadurch erhöhten Grundwasserstand begründen. Während der Typhus früher vorzugsweise in Kleinbasel und im Birsigthal auftrat, befällt er jetzt mit Vorliebe die Bewohner der beiden Plateaux. Immerhin ist die Betheiligung der Stadt eine universelle, und muss demnach ein allgemeiner Factor zu Grunde liegen. Als solchen schliesst Referent das Trinkwasser aus. Dagegen gingen, wie in den Epidemien von 1858, und 1866, tiefer Rheinstand und tiefer Grundwasserstand voraus (1879 und 1880). Unentschieden bleibt, welche andere Factoren noch mitwirken, wie ja auch nach *Pettenkofer* die Typhusfrequenz in München nicht allein vom Grundwasser abhängen soll. Einige graphische Tabellen illustriren die Verhältnisse unserer Epidemieen.

Dr. *Hägler* schliesst im Hinblick auf die Verzettelung der Epidemie ebenfalls das Trinkwasser als Ursache derselben aus, ebenso wegen der Vertheilung der Fälle. Er hat auch beweisende Beispiele, dass die Abtrittausdünstungen an der jetzigen Epidemie keine Schuld tragen, was die vielen Typhen in neuen, noch nie inficirten Häusern stützen. Verschiedene Einflüsse mögen durch ihr simultanes Zusammentreffen Ursache sein: das Typhuscontagium (analog *Nägeli*'s Contagiumpilz), unser siechhafte Boden (analog *Nägeli*'s Miasmapilz) und die individuelle Disposition, vielleicht auch weitere Einflüsse, z. B. atmosphärische. Für den siechhaften Boden, der nicht allein im Alter der Stadt, als vielmehr in der Geröllschicht liegen mag, sind die Verhältnisse der Thäler und die der Plateaux



wesentlich verschieden. Die Anhäufung der Fälle in den Aussenquartieren mag in der Dislocation der kranken Individuen und in der Bewegung der Bodenluft begründet sein. Dass Diphtheritis und Typhus jetzt in so überraschender Weise zusammen auftreten, rührt vielleicht von der Entwicklung beider auf Basis desselben Miasmapilzes her. Auch die kleine herrschende Dickdarm-epidemie beruht möglicherweise auf miasmatischer Infection. Ausser der Desinfection der Abtritte empfiehlt Redner diejenige der Zimmer und lenkt die Aufmerksamkeit auch auf die Cysternen; er erwähnt der Isolirung der Häuser von der Bodenluft durch Cementschichten, resp. gestampften Lehm, und hält Lüftung der Räume, auch der unterirdischen, für eine Hauptsache.

Physicus *Lotz* bemerkt hiezu, dass die Plateaux im Grossen und Ganzen gleich von Beginn an ergriffen gewesen seien.

Dr. *Schneider* bezieht das Auftreten der Epidemie zur Winterszeit auf die Vegetation der Pilze, die durch den mangelnden Frost im Frühwinter nicht aufgehalten worden sei. Den Boden unserer alten Stadt könne man weder durch Canalisation reinigen, noch durch Beton abschliessen. — Er erwähnt ferner einer Schwangern, die ohne zu abortiren 6 Male 40,0° C. Temp. zeigte; dann zweier Mädchen, welche 14 Tage nach einem Wohnungswechsel mit einander Typhus bekamen; er eifert ferner gegen die jetzt gebräuchliche Weinbehandlung.

Dr. *Hugelshofer* glaubt und sucht durch Beispiele zu beweisen, dass durch die massenhafte und gleichzeitige Entleerung vieler Abtritte die Infection verbreitet werde.

Prof. *Hagenbach* ist ein Anhänger der Infectionslehre durch die Bodenluft; Wasserversorgung und Wasserabfuhr sind möglicherweise nicht schuldlos. Bestätigt das häufige Vorkommen des Typhus in Neubauten und die häufige Coïncidenz von Diphtheritis, erwähnt auch die Häufigkeit von Verstopfung bei der jetzigen Epidemie.

Hierzu bemerkt Dr. *Lotz*, dass jetzt der Grundwasserstand nicht tiefer als in andern, seuchelosen Frühjahren sei. Die Coïncidenz von Typhus und Diphtheritis sei eine rein zufällige.

Prof. *Massini* hält eine Ausbreitung des Typhus aus dem Quellgebiet über die Stadt nicht für unmöglich und zweifelt an der genügenden Wirksamkeit der gebräuchlichen Desinfection.

Dr. *Wilh. Bernoulli* theilt Beobachtungen über den Wassergenuss von 46 Kranken mit quoad ætiologiam, welche den Schluss, dass ein bestimmtes unserer Trinkwässer inficire, nicht erlauben. Bezüglich der Aufenthaltsdauer und ihrem möglichen Einfluss auf Leichtigkeit der Acquisition des Typhus befragte Redner 49 Kranke: von diesen hatte die Hälfte noch nicht 3 Jahre, der 4. Theil erst 10 Jahre, immer hatten nur 4 in Basel gelebt.

Dr. *Fiechter* glaubt, die Aecker, welche die Entleerungen aufnähmen, möchten wohl hin und wieder Grund zur Infection geben; indessen meldet Dr. *Schäfer* auf die Anfrage von Dr. *Daniel Bernoulli*, ob in Weil, dessen Bevölkerung die Kleinbasler Abtritte in die Umgebung des Dorfes entleert, Typhus vorkomme, die Abwesenheit desselben.

Prof. *Albert Burckhardt-Merian* macht auf die Infectionskraft des bei Typhus gebrauchten Badewassers, das in Gärten und Cysternen entleert werde, aufmerksam.

Referate und Kritiken.

Handbuch der gerichtlichen Medicin.

Herausgegeben von Dr. *J. Maschka*, Professor der gerichtlichen Medicin in Prag. I. Bd. Im Verlag von H. Laupp in Tübingen, 1881. S. 1031.

Die medicinische Literatur weist bekanntlich nicht nur Sammelwerke unter dem Titel „Handbuch" über die Hauptzweige unserer Wissenschaft auf, sondern es gibt auch fast keinen Specialzweig derselben, der nicht eine gleiche Bearbeitung gefunden hätte. Mit vorliegendem Bande tritt die gerichtliche Medicin in diese Reihe und zwar mit einem auf je 3 Bände von 50—60 Bogen berechneten Werke. Es scheint mir diese Art Handbücher ein Bild der Wissenschaft unserer Zeit darzustellen, die immer mehr den universellen, einheitlichen Charakter verliert und sich in eine unübersehbare Fülle von Detailbestrebungen aufgelöst hat. Wenn man auf der einen Seite hört, dass es gegenwärtig eine Unmöglichkeit für den Einzelnen ist, auch nur sein specielles Forschungsgebiet in allen einzelnen Beziehungen zu übersehen und selbstständig zu bearbeiten, so ist man nach meiner Meinung auf der andern Seite berechtigt, von einem Vertreter eines Specialgebietes zu verlangen, dass er sein Gebiet völlig zu beherrschen, zu vertreten und in adæquater Weise in die Gesammtwissenschaft einzureihen im Stande ist. Ohne den Werth der Specialforschungen irgendwie verkennen zu wollen, glaube ich doch zu der Annahme berechtigt zu sein, dass ein Fortschreiten auf dem Wege der Zersplitterung und Auflösung der Wissenschaft, wie es gegenwärtig zu Tage tritt, neben seinen anzuerkennenden guten Seiten auch unzweifelhafte Gefahren für die weitere Entwicklung der Wissenschaft in sich trägt, deren schlimme Früchte in Praxis und Wissenschaft jetzt schon unverkennbar sind und immer mehr sich zeigen werden. Sollte es unter solchen Umständen nicht das Richtigere sein, wenn an die Stelle der Handbücher die Encyclopädien treten würden, neben denen das Lehrbuch in einheitlichem Geiste sein Forschungsgebiet vertreten würde? Diese Erwägungen drängten sich mir beim Durchlesen des I. Bandes dieses gerichtlich-medicinischen Handbuches auf, der ausser einer kurzen Geschichte der gerichtlichen Medicin vom Docenten *Janowsky* in Prag und einem sehr klar und erschöpfend geschriebenen Capitel über die Aufgaben des Gerichtsarztes bei Vornahme von Untersuchungen vom Geh. Obermed.-Rath *Eulenburg* in Berlin in weiteren 12 Abschnitten die Lehre von den gewaltsamen Gesundheitsbeschädigungen und den gewaltsamen Todesarten enthält, in deren Bearbeitung sich 12 weitere Verfasser getheilt haben. Die einzelnen Abschnitte sind theils mehr, theils weniger eingehend behandelt und zur Unterstützung des Lesers geeigneten Orts mit Holzschnitten und einer Farbentafel versehen. Es widerspricht selbstverständlich ebenso sehr der Aufgabe des Corr.-Bl., als auch den Erfahrungen und Studien Ihres Ref., eingehend kritisch den Inhalt der einzelnen Abschnitte zu besprechen. Ich muss mich daher mit diesem allgemeinen Hinweise auf das Erscheinen des Werkes begnügen, wozu ich nur die Bemerkungen beifügen will, dass einmal dieser Band auch vom Verleger trefflich ausgestattet ist, sodann dass der meinen persönlichen Erfahrungen näher liegende Inhalt des II. und III. Bandes eine eingehendere Besprechung erfahren wird. *L. W.*

Die Schmarotzer

mit besonderer Berücksichtigung der für den Menschen wichtigen. Von Dr. *A. Heller*, Prof. in Kiel. München und Leipzig, Verlag von Oldenburg. XVI und 230 S. mit 74 Holzschn. (Aus: Die Naturkräfte, eine naturw. Volksbibliothek. Bd. 30. 3 Mark.)

Der Parasitismus ist unstreitig eine der bedeutsamsten biologischen Erscheinungen, sowohl des wissenschaftlichen Interesses als auch der practischen Wichtigkeit wegen im allgemeinen Haushalt der Natur, aber besonders für unser Genus homo, direct und indirect. Von diesem letztern Standpunct geht Verf. aus und behandelt nach Vorwort, Literaturverzeichniss und allgemeiner Einleitung 1) die thierischen und pflanzlichen Schma-

rotzer des Menschen, 2) diejenigen der Thiere (grösstentheils Hausthiere), 3) die thierischen und pflanzlichen Schmarotzer der Pflanzen (Reblaus!).

Das Buch ist nicht für den Naturforscher und Specialisten geschrieben, sondern für den der Belehrung bedürftigen Laien; aber eine übersichtliche Zusammenstellung der einschlägigen Thatsachen und Beobachtungen, soweit sie practische Bedeutung haben, in einem handlichen Buche von 230 Seiten klein Octav ist gewiss ein Ding, das manchem Collegen willkommen sein dürfte, um so mehr, als Verf. (Mediciner) die Themata von besonderer Wichtigkeit, wie: Bandwürmer nebst Finnen, Trichina, eingehend behandelt und mit aller Energie auf die gesundheitliche Seite, sanitätspolizeiliche Folgerungen und Forderungen hinweist. Die Spaltpilze als Erreger der Infectionskrankheiten und nur in kurzer Uebersicht über die Entwicklung der betreffenden Forschungen behandelt, mit Rücksicht auf den Leserkreis, an den Verf. sich vor Allem wendet. Und gerade am Arzte ist es, denjenigen Theil des Publicums auf solches Werkchen hinzuweisen, in dessen Interesse und Pflicht die Beachtung der einschlägigen Fragen liegt, nämlich Fleischschauer, Schlachthausbeamte, Mitglieder der Gesundheitscommissionen etc. — Von Behandlung der durch Schmarotzer bedingten Erkrankungen ist absolut abgesehen.

Eine wesentliche Beigabe sind die 74 Holzschnitte, sowie eine Tafel in Farbendruck: Ausbreitung der Phylloxera. *Sterki.*

Die Gicht und ihr Heilverfahren

mit besonderer Berücksichtigung der Ernährung und des Gebrauches der Mineralwasser. Von *P. Cillis.* Carlsruhe, 1881. S. 68.

Diese populär gehaltene Schrift aus der Feder des durch sein Stahlwasser bekannten Fabrikanten *Cillis* in Carlsruhe bespricht ausführlich die für Gichtkranke so wichtigen diätetischen Maassregeln und die Behandlung der Krankheit durch Mineralwasser, speciell die künstlich bereiteten Lithionwasser u. a. aus der Fabrik des Verfassers. *M.*

Ueber Gehirndruck.

Von *B. Naunyn* und *J. Schreiber* mit 7 Curventafeln. Leipzig, Vogel, 1881. 112 pp. Sep.-Abdr. des Arch. f. experimentelle Pathol. und Pharmacol.

Die Verfasser experimentiren an Hunden. Sie injiciren eine $^{3}/_{4}$% Kochsalzlösung entweder in den Arachnoidealsack des Rückenmarkes oder in den Subduralraum des Schädels und lassen von der Carotis aus die Curve der Blutbewegung schreiben. Ihre Untersuchungen drehen sich auch hauptsächlich um Puls und Blutdruck im Vergleich zum Druck der injicirten Flüssigkeit.

Ist der letztere auf eine gewisse Höhe (120—160 Hg.) gestiegen, gleichviel ob rasch oder langsam, so werden die Pulsationen der Carotis gewaltig gross, verlangsamen sich aber um das 2—4fache („Hauptphänomen"). Hört die Compression auf, so kehren sie zur Norm zurück. Verff. halten sie für den Ausdruck einer centralen Vagusreizung.

Das den Blutdruck anzeigende Niveau der Curve hebt sich 2—80 Sec. nach Beginn der Compression — Folge einer reflectorischen Contraction der Vasoconstrictoren. Dann senkt es sich stark (an curarisirten Thieren pflegt diese „maximale Erniedrigung" zu fehlen) — ein aus Vagusreizung und Respirationsstillstand resultirendes Phänomen — und endlich beginnen, meist zugleich mit dem Hauptphänomen, als Zeichen des erregten Gefässcentrums, *Traube*'sche (Ref.: vasculäre) Wellen, welche mit aufhörender Hirncompression ebenfalls abklingen sollen.

Sehr hübsch ist nun, wie die Verff. zu beweisen versuchen, dass die Compression erst durch Vermittlung der Anæmie wirke. Sie fanden nämlich, dass geringere Drucke die Symptome auslösen, wenn der arterielle Blutzufluss zum Gehirn gehindert oder aufgehoben ist, und umgekehrt erst grössere, wenn derselbe z. B. durch Compression der Bauchaorta verstärkt und vermehrt ist.

Für die Pathologie des Menschen folgern sie deswegen, dass der Hirndruck nicht, wie *Bergmann* meine, mit Blutentziehungen zu behandeln sei. Dabei müsse allerdings berücksichtigt werden, ob die Abflusswege des Liq. cerebrospinalis gesund, oder ob sie nicht krank und dadurch functionsunfähig geworden seien.

Die während der Infusion auftretenden Schmerzen gehören anfänglich der Zerrung der Dura an, später, kurz vor Eintritt der Bewusstlosigkeit, seien sie Aus-

druck der Hirnanämie. Brechen, Krämpfe, Pupillenerweiterung haben beim Hunde die Constanz nicht, wie beim Menschen.

Ueber Temperaturschwankungen (*Pagenstecher*) wurden keine Beobachtungen gemacht.

Dem Texte folgen die Versuchsprotocolle in tabellarischer Form und Abbildungen einer Anzahl Curven. Letztere würden noch verständlicher sein, wenn ihnen Specialerklärungen beigegeben wären. *G. Burckhardt.*

Kurze Anweisung zum Gebrauche der Salben- und Pflastermulle.

Von *Unna*. Cassel, 1881.

Statt der bisher gebräuchlichen Salben, Einreibungen mit Oel, Theer, Perubalsam, grauer Salbe u. s. w. wendet *Unna* bekanntlich Verbandstoffe an, welche mit Mitteln imprägnirt sind, deren Constituens aus Hammeltalg besteht. Hiezu folgen hier die allgemeinen und speciellen Indicationen und Gebrauchsregeln. *D. B.*

Cantonale Correspondenzen.

Bern. Die Commission für Fussbekleidung der schweiz. Armee versammelte sich am 5. und 6. Januar in Bern zur Berathung des weiteren Vorgehens.

Das Militärdepartement hatte über ihren Bericht vom 4. Februar v. J. die Ansichten sowohl der cantonalen Militärbehörden als der höheren Truppenofficiere und Instructoren einverlangt.

Die 57 eingelangten, zum Theil sehr einlässlichen und werthvollen Gutachten, worunter leider verhältnissmässig nur wenige (2) von Sanitätsofficieren, sprechen sich mit erfreulicher Einstimmigkeit für rationelle Form nach *Meyer* aus. Um so mehr gehen die Ansichten auseinander bezüglich der Art der Fussbekleidung.

Es beantragten als erste, hauptsächliche Beschuhung der Fusstruppen: Schuhe 32, Rohrstiefel 19, Schnürstiefel 5 Gutachten; als zweite oder Reservebeschuhung: Schuhe 32, Schnürstiefel 1; die übrigen beantragten, dieselbe facultativ zu lassen. 3 Officiere aus der Central- und Südschweiz regten auch die Einführung von Sandalen an.

Selbstverständlich betonten die Verfechter der Schuhe auch die Nothwendigkeit der Wiedereinführung der Gamaschen wenigstens für Winterfeldzüge.

Unter diesen Umständen gelangte die Commission zu dem Resultat, es seien wenigstens bezüglich der ersten Beschuhung noch weitere Versuche vorzunehmen und zwar in einer Weise, welche voraussichtlich zu einem entscheidenden Resultate führen wird und die mangelhafte Methode der bisherigen Versuche thunlichst vermeidet.

Die Versuche sollen Parallelversuche sein zwischen 3 von der Commission bestimmten Beschuhungsarten, nämlich 1) dem einfachen Rohrstiefel, wesentlich nach *Storcke*, 2) dem Schnürstiefel mit seitlicher Schnürung, System *Perron* (Paris), 3) dem neapolitanischen Schnürschuh (vordere Schnürung). Beide letztere über der Sohle 19—20 cm. hoch und so eingerichtet, dass die Hosen im Bedarfsfall eingesteckt werden können.

Vor Allem wird nun eine Serie von 30 Paar bis in den letzten Detail rationelle Leisten in 10 Längennummern und jede Länge- in 3 Weitenummern angeschafft. Ueber diese Leisten werden von obigen 3 Beschuhungsarten 2 Serien zu je 40 Paaren gearbeitet (die courantesten Nummern sind in jeder Serie doppelt vertreten). Jede Serie besteht also aus 40 Paar Rohrstiefeln, 40 Paar seitlich und 40 Paar vorn geschnürter Bottinen, unter sich der Grösse nach von 1—40 nummerirt; jede Nummer Stiefel ist über den gleichen Leist gearbeitet und mithin genau gleich gross wie die gleiche Nummer der Bottinen.

In einer Reihe von Infanterie- (event. auch Genie-) Recrutenschulen in verschiedenen Theilen der Schweiz werden nun die Füsse aller Theilnehmer gemessen und Rotten von je 3 Mann herausgesucht, welchen die gleiche Fussbekleidung passt. Jede solche Rotte erhält die ihr entsprechende Fussbekleidung und zwar Nr. 1 die Stiefel, Nr. 2 die seitlich geschnürten und Nr. 3 die vorn geschnürten Schnürschuhe und trägt dieselben regelmässig den ganzen Arbeitstag. Nach je 14 Tagen wechseln die Leute unter sich, so dass am Schluss der Schule jeder der Versuchsleute jedes der 3 Versuchspaare je 14 Tage getragen und über die Vor- und Nachtheile desselben ein Urtheil sich gebildet hat,

welches er auf einem Fragebogen schriftlich abgibt bei Ausschluss jeder Beeinflussung durch seine Vorgesetzten.

Der Arzt hat im Beginn und am Schluss des Versuchs eine Inspection der Füsse und ihrer Bekleidung vorzunehmen und über die Fusskranken genaue Controle zu führen.

Es werden nur solche Schulen gewählt, deren Commandanten sich für die Sache interessiren und sich zu genauer Durchführung des Versuches verpflichten.

Am Schluss der Schule haben Commandant und Arzt nach einem bestimmten Schema über den Versuch einen Schlussbericht zu erstatten und denselben nebst den ausgefüllten Fragebogen der Versuchsleute an den Oberfeldarzt einzusenden.

Auf diese im guten Sinne des Wortes democratische Weise wird ein Material erhalten werden, welches zuverlässigere Schlüsse als bisher gestattet: 1) über den Werth einer wirklich rationellen Fussbekleidung gegenüber einer innerhalb der Schranken des Bekleidungsreglements beliebig gewählten, durch Vergleich des Verhaltens der Marschfähigkeit einerseits bei den Versuchsleuten und anderseits bei den in ihrer eigenen Beschuhung Dienenden; 2) über den relativen Werth der 3 gewählten Versuchssysteme unter sich.

Bezüglich der Frage, ob Stiefel oder Schuhe, wird sich aus den Antworten die Volksstimme deutlicher geltend machen als aus den bisherigen, meist von Officieren ausgehenden Ansichtsäusserungen. In einer Frage, welche den schwer belasteten Soldaten so nahe berührt, muss ihm das entscheidende Wort gewahrt werden.

Für Sanitäts- und andere Officiere, welche sich für diese Versuche interessiren, hoffe ich nach Beschaffung der Mustersortimente Bezugsquellen für dieselben zu billigem Preise mittheilen zu können.

Ueber den Erfolg der Versuche werde ich seiner Zeit das Corresp.-Blatt in Kenntniss setzen.

Bern, 11. Januar 1882. *Ziegler.*

Graubünden. Die nach St. Moritz projectirte **Versammlung** unseres **ärztlichen Vereines** hat sich leider nicht realisiren lassen, und so fand die Zusammenkunft behufs Erledigung der vorliegenden Tractanden am 13. v. M. in Chur statt. College Dr. *Berry* gab eine beachtenswerthe Skizze über seine Erfahrungen während eines Vierteljahrhunderts an der Quelle von St. Moritz, sowie über die dortigen Mortalitäts- und klimatischen Verhältnisse. Die auf statistischen Daten beruhende Arbeit wird vom Verf. hoffentlich auch für weitere Kreise zugänglich gemacht. — Ein weiterer wichtiger Verhandlungsgegenstand betraf die Anregung einer gemeinsamen balneologischen Ausstellung von Seite des Cantons an der Landesausstellung 1883 in Zürich. Eine solche hatte schon in Wien stattgefunden, während es leider in Frankfurt zu keinem gemeinsamen Auftreten kam. Für unseren an Hülfsquellen ohnehin armen Canton sind Anstrengungen, um die Aufmerksamkeit des Auslandes auf unsere trefflichen Mineralquellen und Sanatorien zu leiten, wohl doppelt am Platze. Auf den gedachten Zeitpunct würde auch ein neuer Saisonbericht nebst einer Uebersicht über die bündnerischen Quellen- und Curorte in's Auge gefasst werden.

Die übrigen Geschäfte, welche noch zur Erledigung kamen, haben ausserhalb des Vereins kein weiteres Interesse. Die nächstjährige Versammlung soll in Schiers stattfinden. *—ls.*

Solothurn. Dr. *Aloys Bargetzi* †. Ueber einem hoffnungsvollen, theuern Leben hat sich das Grab geschlossen. Dr. *Aloys Bargetzi* von Riedholz, Kreisarzt in Biberist, starb den 6. December 1881 an dem heimtückischen Morbus Brightii nach langen und schmerzlichen Leiden im Alter von 31 Jahren. Er wurde den 13. Juni 1850 in Langendorf geboren. Seine Gymnasialstudien absolvirte er in Solothurn. Medicin studirte er in Bern, Strassburg und Wien. Den 5. Januar 1878 liess er sich als practischer Arzt in Biberist nieder, wo er durch seine Tüchtigkeit, seine vorzüglichen Diagnosen in schwierigsten Fällen, durch ausserordentlichen Fleiss und gewissenhafte Behandlung der Patienten sein aufopferungsreiches Wirken in kurzer Zeit mit glänzendem Erfolge krönte und das Zutrauen, die Achtung und Liebe der Bevölkerung von Biberist und der ganzen Umgebung sich erwarb. Seine Verdienste erkennend wählte ihn die hohe Regierung von Solothurn zum Kreisarzte.

Es war nicht allein die Berufstreue, die ihn zierte, sondern auch sein offener leut-

seliger und hochherziger Charakter, mit dem er Jedermann begegnete, der ihm so viele Freunde warb, mit denen er, selbst ein überaus heiterer Gesellschafter, in ungetrübtester Freundschaft lebte und die ihn nun so schmerzlich vermissen.

Was soll ich erst sagen von dem verlorenen häuslichen Glücke, das er als treuer Ehemann leider nur zwei Jahre lang mit der Tochter des Spitalarztes Dr. *Kunz* in Liestal theilte! — Seine Bürgertugenden ehrte die Gemeinde Biberist dadurch, dass sie ihn in den Gemeinderath und in die Schulcommission wählte.

Der allgemeinen Hochachtung und Verehrung, die man ihm zollte, entsprach das imposante Leichengeleite den 9. December und die theilnahmsvollste Trauer um die allzu frühe verblichene, vor Kurzem noch so blühende männliche Kraft.

Das Andenken an deinen Pflichteifer, deine Opferwilligkeit und deinen Edelsinn wird stets im Segen bleiben.

Die Erde sei dir leicht, Freund! *L. Sch.*

Zürich. Dr. *Joh. Gubler* †. Am 30. December v. J. starb im rüstigen Mannesalter nach langer schwerer Krankheit Dr. *Joh. Gubler* in Turbenthal. — Geboren am 2. Juni 1834, besuchte er die Schulen seiner Heimathgemeinde, wo sein Vater Arzt war, und später das Gymnasium in Zürich. Im Jahre 1854 trat er an die Universität, studirte in Zürich und ein Jahr in Freiburg, und absolvirte 1860 in Zürich das Doctorexamen. Nach abgelegter Staatsprüfung im April 1860 begann er seine ärztliche Praxis, lebte von nun an mit ganzer Hingebung und Begeisterung seinem Beruf und erwarb sich durch Tüchtigkeit und Gewissenhaftigkeit rasch eine ausgedehnte Praxis, die freilich oft starke Anforderungen an seine von Hause aus kerngesunde Natur stellte. — Im Jahre 1863 gründete er sich einen glücklichen Familienstand. Schon im folgenden Jahre erkrankte er während einer Scharlachepidemie an Angina und parenchymatöser Nephritis, die ihn Monate lang in's Zimmer bannte und wohl den Grund gelegt hat zu seinen spätern Leiden. Doch erholte er sich fast vollständig, so dass er die Mühseligkeiten seiner ausgedehnten Landpraxis in Gebirgsgegend und im Winter 1870/71 die Strapazen einer Grenzbesetzung als Ambulance-Chef ohne Störung seiner Gesundheit ertrug. — Erst gegen Ende der Siebzigerjahre stellten sich häufigere Beschwerden ein; zu einer zunehmenden, ungewöhnlich starken Corpulenz gesellten sich öftere Anfälle von Bronchitis und Asthma und im Winter 1879/80 wiederholte schmerzhafte Anfälle von Gallensteinkolik. — Im Herbste 1881 kehrte er, an Bronchitis erkrankt, von einer Reise zurück, um das Krankenzimmer nicht mehr zu verlassen. Es folgten sich rasch alle die schweren Symptome von chronischem Morbus Brightii und Fettherz, Lungenembolien, quälendes Asthma und allgemeiner Hydrops, von denen ihn nach bangen und schweren Tagen am zweitletzten Tage des Jahres der Tod erlöste.

Dr. *Gubler* war eine gerade, offene und ehrliche Natur, die in einem Körper von seltener Kraft ein äusserst weiches Gemüth barg. Bei seinen Patienten beliebt wegen seiner Tüchtigkeit und Gewissenhaftigkeit, in geselligen Kreisen äusserst gerne gesehen wegen seines prächtigen Humors. Sein heiterer, froher Sinn verliess ihn selbst in den schweren Stunden der Krankheit nie völlig und begleitete ihn glücklich durch die vielen Wiederwärtigkeiten einer mühsamen Praxis. — Trotz seiner heitern Geselligkeit war er aber gewohnt, principielle Fragen stets mit grossem Ernst aufzufassen und zu behandeln, und seine Denkart beherrschte ein strenges Rechtsgefühl. — In politischen Dingen war er allezeit auf Seite des Fortschritts und eifriger Democrat; am Schulwesen nahm er stets regen Antheil und blieb Mitglied der Primar- und Secundarschulpflege bis an sein Lebensende.

Seine Familie — er hinterlässt eine Wittwe mit 4 zum Theil noch unmündigen Kindern — verliert an ihm einen zärtlichen und stets treu besorgten Vater, seine Freunde einen aufrichtigen braven Freund, seine Clienten einen tüchtigen und gewissenhaften Arzt. — Seine Umgebung wird seinen Verlust noch lange schmerzlich empfinden.

Er ruhe in Frieden. *R. H.*

Ajaccio. Durch die Freundlichkeit eines vorjährigen Curanden gelangte ich vor einiger Zeit in den Besitz zweier „Neuer Zürcherzeitungen“, in deren Feuilleton ein Schimpfartikel über Ajaccio Aufnahme gefunden hatte.

Längere Zeit ist darüber verflossen, wir haben Mitte December hinter uns, Ajaccio



ist mit Fremden angefüllt, und von keiner Seite kam bis jetzt eine Entgegnung. Auch ich wollte den „Octoberartikel" selig entschlafen lassen, da ich und die meisten andern Leser wohl annahmen, derselbe rühre von einem blasirten Grossstädter her, der sich nur auf den Boulevards von Paris wohl und heimisch fühle; da sich aber inzwischen das Dunkel gelichtet und ein angehender Jünger Aesculaps aus einer unserer kleinen Schweizerresidenzen als Verfasser sich entpuppt hat, möchte ich versuchen, mit einigen Strichen die grell aufgetragenen Farben zu dämpfen und Ajaccio in das richtige Licht zu rücken.

In den Süden ziehen zweierlei Menschengattungen: Gesunde und Kranke. Die Erstern nehmen gewöhnlich ihren Flug nach Nizza, oder lassen sich unmittelbar in Monaco nieder, die Andern vertheilen sich an den übrigen Winterstationen der schönen Riviera, oder aber ziehen nach Corsica, oder noch weiter nach Süden: in's Land Africa — nach Algerien. Natürlich verreisen beide Arten mit verschiedenen Absichten: die einen haben auf ihre Fahne Unterhaltung und Sport, die andern auf die ihrige milde Luft und Gesundheit geschrieben. Viele der Letztern, aus den verschiedensten Ländern, lassen sich in Ajaccio nieder als dem für europäische Nordländer am leichtesten erreichbaren Ort, der die gleichmässigste und mildeste Temperatur aufweist. Ich will Sie hier nicht mit Temperaturcurven unterhalten, da in diesem Blatte schon oft darüber gesprochen wurde, sondern Ihnen nur zeigen, dass man sich in Ajaccio auch recht gut und zweckentsprechend unterhält. Es gibt nämlich kaum eine Winterstation, die so schöne und mannigfaltige Spaziergänge und Ausflüge aufzuweisen hätte, wie Ajaccio, wohl kaum einen Ort, wo auf jedem Schritt und Tritt uns fremde Thier- und Pflanzenformen entgegentreten wie hier; in unmittelbarer Nähe rauscht das Meer, gerade über uns dehnen sich schattige Olivenwälder. In diese grossartige stille Natur hinein passt der Kranke, hier kann er sich unterhalten, hier kann er gesunden! Wer sich hier langweilt, der stellt sich ein bedenkliches Armuthszeugniss aus. Und wenn auch die Stadt gerade kein Paris ist, so sind die Hauptstrassen, in denen sich der Fremde bewegt, doch grossstädtisch angelegt, breit und sauber gehalten und von weiten, schönen Plätzen unterbrochen; in die schmutzigen, italienischen Nebenstrassen braucht man sich nicht zu verirren.

Für die guten Tage wäre so gesorgt; aber auch schlimme Tage hat Ajaccio aufzuweisen, wo der Himmel verhängt ist, und der Regen in Strömen niederfällt — da ist der Patient dann auf seine Stube oder die Salons seines Hôtels angewiesen, und da erweisen sich die letztern oft zu klein. Glücklicherweise sind aber die Tage sehr selten, wo man nicht einige Stunden im Freien zubringen könnte, und wenn auch letztes Jahr mehr Regen fiel, als gewöhnlich, und mehr Wind ging, als erwünscht war, so darf man solche Ausnahmszustände, die auch an der Riviera sehr schwer empfunden wurden, nicht allzu hoch anschlagen; dieses Jahr z. B. hatten wir bis jetzt einen sehr trockenen, schönen, windlosen Winter.

Wie ungünstig Ausnahmsvergnügungstage sind, erwiesen die letztjährigen Weihnachts- und Neujahrstage, die vielen Kranken verhängnissvoll wurden; nie traten mehr Lungenblutungen auf als dazumal und mit blutigen Lettern schrieb sich wieder der alte Satz: „Ruhe ist die erste Pflicht!"

Die Verpflegung in hiesigen Hôtels und Pensionen ist reichlich und gut — natürlich nicht immer nach unserm speciellen Geschmacke, und da sollte man sich denn doch zweimal besinnen, den guten Ruf eines Hôtels öffentlich anzutasten, zumal man nach Monaten gewöhnlich nicht mehr schön und gut findet, was man die erste Zeit vortrefflich fand; von diesen Ansichten und Geschmackswandlungen wüssten auch unsere schweizerischen Hôtel- und Pensionshalter zu erzählen. Dass die Verhältnisse in Ajaccio nicht so schlimm sind, wie der Verfasser der Octoberartikel uns vormalt, beweist am besten die grosse Zahl Kranker, die zum öftern Male wiederkehren.

Ajaccio, 17. December 1881. Dr. *Schiffmann.*

Wochenbericht.

Schweiz.

— **Eidgenössische Medicinalprüfungen.** Aus dem uns zur Einsicht zugestellten „Bericht über die Thätigkeit des leitenden Ausschusses für

die eidgenössischen Medicinalprüfungen im Jahre 1881", verfasst von dessen Präsidenten, Dr. *Fr. Müller* in Basel, und erstattet an das eidg. Departement des Innern, theilen wir mit gütigst gewährter Erlaubniss des letztern das Hauptsächlichste mit. Der Inhalt bietet uns Aerzten mehrfaches Interesse und zeigt uns die Wichtigkeit und den practischen Werth des eidgenössischen Charakters dieser Prüfungen und nicht minder auch, wie sehr das Geschäft Arbeit und Umsicht erfordert.

Dem Präsidenten und den Mitgliedern des l. A. sowie den Examinatoren sprechen wir als Organ der schweizerischen Aerzte unsern Dank aus und möchten sie unsrerseits ermuthigen, in der verdienstlichen Arbeit auszuharren und wie bisher Fühlung mit dem ärztlichen Körper zu behalten. Der Bericht lautet:

An das eidg. Departement des Innern.

Hochgeachteter Herr Bundesrath!

Der l. A. für die eidg. Medicinalprüfungen hat hiemit die Ehre, Ihnen gemäss Bestimmung des Art. 3, lemma b des Gesetzes vom 19. December 1877 Bericht über seine Thätigkeit im Jahr 1881 abzustatten.

I. Administrative Angelegenheiten.

Im Personalbestand des l. A. ist im Berichtsjahr keine Veränderung eingetreten. Die zu Ende des vorigen Jahres functionirenden Mitglieder und Suppleanten sind am 24. September vom h. Bundesrath auf eine weitere Amtsdauer von vier Jahren bestätigt worden. Dem Präsidenten wurde ein neunwöchentlicher Urlaub zu einem aus Gesundheitsrücksichten erforderten Winteraufenthalt ertheilt, während welcher Zeit der Ortspräsident von Zürich die Besorgung der laufenden Geschäfte gütigst übernahm.

Der l. A. hat im Berichtsjahr zwei Sitzungen abgehalten, die eine am 31. März und 1. April, die andere am 15. September, beide im Bundesgebäude, deren wichtigeren Verhandlungen jeweilen auch der Vorsteher des eidg. Departements des Innern beigewohnt hat. Ueber diese berichten die Sitzungsprotocolle ausführlicher, und es soll im vorliegenden Bericht nur eine kurze Anführung der Haupttractanden gegeben werden. Nach bisherigem Modus wurde vom Präsidium des l. A. für alle übrigen nambaftern Geschäfte das Zwischenprotocoll weitergeführt. Wir entnehmen demselben, dass, abgesehen von den Sitzungen und von der Leitung der Prüfungen und den damit verbundenen Correspondenzen, der l. A. im Berichtsjahr über 158 Geschäftsfragen zu entscheiden hatte. Von diesen wurden 80 vom Präsidenten allein erledigt, 78 von ihm dem Gesammtausschuss per Circulation zur Entscheidung vorgelegt. Diese erwähnten laufenden Geschäfte hatten 30 kürzere oder längere Berichterstattungen an das Departement zur Folge, welche jeweilen, mit einer Ausnahme, vom Präsidenten gefertigt wurden.

Mit dem ersten Tage des Berichtsjahres trat das Prüfungsreglement vom 2. Juli 1880 in Kraft, immerhin noch mit denjenigen Modificationen, welche der im letzten Jahresbericht erwähnte Beschluss des l. A. vom December 1880 über Einführung des Reglements für das Jahr 1881 aufgestellt hatte. Eine Petition von Studirenden, es mögen diese Modificationen noch für ein weiteres Jahr gelten, wurde auf motivirten Antrag des l. A. vom Departement abgewiesen, so dass nunmehr mit Januar 1882 die neue Prüfungsordnung in allen ihren Theilen zur vollen Anwendung gelangen wird. Dass dieselbe wohl nicht in allen Stücken sich mustergültig bewähren werde, hat der l. A. schon früher vorausgesehen. Die Erfahrungen mehrerer kommenden Jahre können aber erst darüber Aufschluss geben, nach welchen Richtungen bei einer spätern, jedenfalls nicht ausbleibenden Revision Aenderungen müssen vorgenommen werden.

Ganz besondere Schwierigkeiten, herrührend von der Ungleichartigkeit der Schulen in der Schweiz, verursachte die Ausführung der Maturitätsbestimmungen. Die beiden Sitzungen des l. A. waren zu einem grossen Theil dieser Angelegenheit gewidmet.

Am 20. Januar erstattete gemäss einem Auftrag des Departements Herr Prof. *Vogt* von Genf einen Bericht über das Verhältniss der schweizerischen Schulen zu den Maturitätsprogrammen des eidg. Prüfungsreglements. Der Bericht fusste auf den von den Cantonen dem Departement zugesandten Schulprogrammen (vide letztjähriger Jahresbericht) und wurde den Berathungen des l. A. zu Grunde gelegt. Nachträglich einlangende Berichtigungen von Seite mehrerer Cantone sowie die Rapporte der vom Departement auf Wunsch des l. A. mit der speciellern Untersuchung einiger Schulen betrauten Experten

hatten Modificationen und Arrangements zu Gunsten der betreffenden cant. Schulen zur Folge (Berichtigungen von Schwyz, Altorf, Schaffhausen, Expertisen in Zug, Freiburg, Sitten, die Berichterstattung über Genf steht noch aus).

Als leitend für die Einzelbestimmungen hatte der l. A. folgende Grundsätze aufgestellt (vide Protocoll der Sitzung vom 30. März und 1. April 1881):

1) Der l. A. anerkennt nur Reifezeugnisse solcher Schulen, welche staatlich sind oder unter staatlicher Oberaufsicht stehen.

2) Der l. A. verlangt, dass die Schlussprüfung, auf Grund welcher das Reifezeugniss ausgestellt wird, eine simultane, auf alle Branchen des Programms zugleich sich erstreckende sei. Eine Ausnahme kann nur da eintreten, wo es sich um Supplementprüfungen handelt (Vollziehungsbestimmung Nr. 2 zum Maturitätsprogramm der Mediciner).

3) Der l. A. anerkennt bezüglich der Form nur solche Zeugnisse als Reifezeugnisse an, auf welchen der Betreffende auf Grund einer Schlussprüfung als reif für den Bezug der Universität bezw. Fachschule erklärt wird.

Bezüglich der Maturität der Pharmaceuten erwies es sich zunächst als dringend, das Maturitätsprogramm mit den Forderungen des Artikels 53 des Prüfungsregiements in bessere Uebereinstimmung zu bringen. Es wurde daher dieses Programm mit Hülfe eines bewährten Schulmannes revidirt und alsdann erst ein Verzeichniss derjenigen Schulen bezw. Schulstufen der Schweiz entworfen, welche mit dem nun berichtigten Programm in Einklang konnten gesetzt werden.

In der Folge erliess auch das Departement wie schon früher ein Circular an die Cantone zu Handen der Apotheker, worin diese darauf aufmerksam gemacht werden, keine Lehrlinge ohne Maturität anzunehmen.

Des fernern hat der l. A. mit Genehmigung des Departements die Einrichtung cantonaler pharmaceutischer Reifeprüfungen auf Grund des eidg. Programms für zulässig und wünschbar erklärt.

Die Berichterstattung über das Weitere in dieser Angelegenheit fällt in das kommende Jahr. Soviel aber lässt sich mit Bestimmtheit sagen, dass die verderbliche Tendenz mancher Eltern, ihre Söhne vor der Zeit aus den Vorschulen zu nehmen, in jedem einzelnen Fall die schlimmsten Früchte getragen hat und auch ferner tragen wird. Der Druck der noch nicht bestandenen Reifeprüfung hält bei den betreffenden Studirenden jede Lust und jede Kraft zum Studiren nieder und das vermeintlich gewonnene Jahr muss nachträglich doppelt und dreifach zugesetzt werden.

In Ausführung des Art. 71 des Reglements beschloss der l. A. mit Genehmigung des Departements, es seien vorderhand für die Mediciner die Diplome der Universitäten Turin, Pavia, Padua, Pisa, Bologna und Rom, für die Pharmaceuten und Thierärzte die Diplome der betreffenden Fachschulen in Mailand und Turin anzuerkennen. Hiermit hat sich die Regierung von Tessin einverstanden erklärt, jedoch ist bis jetzt noch gar keine Kunde von der Anwendung dieses Beschlusses zu uns gelangt. Es ist sehr zu hoffen, dass auch in dieser Beziehung die Vollendung der Gotthardbahn unsere Miteidgenossen von jenseits der Alpen uns näher bringen werde.

Aus Anlass einer von den Behörden des Cantons Freiburg einem Freiburger Veterinär zugestandenen cantonalen Prüfung hat sich der l. A. an das Departement gewendet mit folgendem Antrag: Es wolle das Departement den h. Bundesrath dazu veranlassen, der Bundesversammlung eine Vorlage zu machen in dem Sinne, dass durch einen Zusatz zum Gesetz vom 19. December 1877 ausgesprochen werde, es sei lediglich der Bund durch seine hiezu bestimmten Organe und an den durch das Gesetz bezeichneten Prüfungsorten competent, medicinale Staatsprüfungen vorzunehmen. Der Bericht über den Erfolg dieses Antrages fällt in das kommende Jahr, ebenso der Austrag der Frage über die Constituirung einer propädeutisch-medicinischen Examinationscommission für Lausanne in Folge der Errichtung einer propädeutischmedicinischen Facultät an der dortigen Academie. Es ist für das kommende Jahr eine Expertise vom Departement in Aussicht genommen, sobald die bezüglichen für den Unterricht bestimmten Localitäten werden eingerichtet sein. Einstweilen sind bereits die Lehrer einberufen und die Pläne ausgearbeitet.

Ein lange Zeit geführter Competenzstreit mit dem eidg. Oberfeldarzt, betreffend Entscheid über Gültigkeit der Diplome behufs Einreihung von Medici-

nalpersonen in die eidg. Armee hat durch einen Entscheid des h. Bundesraths sein vorläufiges Ende gefunden.

Es ist nämlich das Reglement über den Sanitätsdienst in der Armee in dem Sinne abgeändert worden, dass nunmehr dem l. A. allein das Recht zustehen soll, über die Gültigkeit von Ausweisen zu entscheiden.

In Sachen der Reciprocität mit auswärtigen Staaten ist bislang kein Fortschritt zu verzeichnen. Eine bezügliche Eingabe von Seite des schweizerischen Apothekervereins betreffend Anbahnung einer gegenseitigen Anerkennung der Gehülfenausweise mit Deutschland hat, obschon unterstützt vom deutschen Apothekerverein, noch kein Resulat ergeben. In der That dürfte es auch wohl vorzuziehen sein, mit allen derartigen Versuchen noch geraume Zeit zuzuwarten, bis unsere eigenen noch neuen Institutionen sich besser eingelebt haben, und bis von anderer Seite der erste Schritt geschehen wird, worüber wohl noch Jahrzehnte vergehen dürften. Einstweilen mag nicht unerwähnt bleiben, dass unter dem Druck dieser Reciprocitätsbestrebungen unser eigenes Prüfungsreglement namentlich in seinem pharmaceutischen Theil durch Adaptirung an ausländische, namentlich deutsche Einrichtungen, in seiner gesunden Entwicklung eher hintangehalten worden ist. Es wird Sache einer spätern Revision sein, diese nicht nachahmenswerthen Bestimmungen in einem nationalern Sinne auszumerzen bezw. umzuformen.

Die zahlreichen (30) Prüfungen von Ausländern beweisen, wie sehr die Schweiz namentlich von fremden Apothekern und Aerzten zur Ausübung der Praxis aufgesucht wird. In dieser Beziehung wird der l. A. ein strenges Augenmerk auf die Erfüllung der reglementarischen Anforderungen haben müssen. Er kann dies um so mehr thun, als er mit gutem Gewissen sich sagen kann, dass unsere eidg. Prüfungen in Beziehung auf ihren wissenschaftlichen Werth den besten ausländischen gleichstehen, und er muss dies um so mehr thun, weil unter den ausländischen Bewerbern nicht selten recht anmassende, ja, wie die Erfahrung gezeigt hat, hie und da auch betrügerische Elemente sich präsentiren. Von den Leuten ersterer Art wird es als eine ganz besondere Ehrerweisung angesehen, wenn sie sich offeriren, den schweizerischen Boden mit ihrer Gegenwart zu beglücken; bei den letztern besteht der Glaube, dass die ungeregelten Medicinalzustände einiger Cantone für die ganze Schweiz maassgebend seien.

Eine besondere Aufmerksamkeit scheint namentlich in Beziehung auf die propädeutisch-medicinischen Prüfungen nothwendig. Der l. A. sieht die tüchtige naturwissenschaftliche Vorbildung der Aerzte als ein Haupterforderniss an; er ist überzeugt, dass unzeitige Nachsicht in Beziehung auf diesen Prüfungsabschnitt sich später zum Schaden des Examinanden jeweilen bitter rächt. Schlagende Beispiele lassen sich hiefür unter den im Abschnitt II dieses Berichts zu erwähnenden, leider nothwendig gewordenen Exclusionen aufführen. Die in dieser Beziehung laxeren Bestimmungen des frühern Concordats- und des Uebergangsreglements gestatteten den propädeutischen Prüfungsausweis auch bei durchweg schwachen Leistungen, was jetzt nicht mehr der Fall ist. Die Erfahrung zeigt, dass das in der propädeutischen Periode des Studiums Versäumte nie mehr nachzuholen ist, während einem gehörig naturwissenschaftlich vorgebildeten Arzte es späterhin auch in der Praxis leicht wird, ungenügende Kenntnisse in dem eigentlich practisch-medicinischen Gebiete nachzuholen. Während daher z. B. namentlich in Deutschland das Hauptgewicht oder fast einzig das Gewicht auf die Fachprüfung gelegt wird, bekennt sich der l. A. der eidg. Medicinalprüfungen vielmehr dazu, dass der Schwerpunct in die propädeutische Prüfung gelegt werde. In dieser Beziehung hat er den hier zu erwähnenden Beschluss gefasst, dass das deutsche tentamen physicum nur dann eventuell als Aequivalent mit der propädeutischen Prüfung anerkannt werden kann, wenn in demselben mindestens die Gesammtnote „Gut“ erzielt worden ist.

Am Schlusse dieses Abschnittes unseres Berichts fügen wir noch bei, dass künftighin der Vorbehalt auf den Diplomen für Ausländer wegfallen wird.

Ferners ist zu erwähnen, dass der l. A. mit Genehmigung des Departements für Ausstellung der Jahresrechnungen ein Schema aufgestellt hat, welches eine Vergleichung und Controle der Ausgaben und Einnahmen der einzelnen Prüfungsorte ermöglicht.

Auch ist gegen Ende des Berichtsjahres das in der Herbstsitzung festgesetzte Ver-

zeichniss der Examinationscommissionen im Druck herausgekommen. Eine neue Auflage des Prüfungsreglements wird für das kommende Jahr vorbereitet, bei welcher Gelegenheit einige Textverbesserungen namentlich in der französischen Ausgabe werden angebracht werden können.

II. Prüfungen.

a) Statistisches.

Es haben im Ganzen 315 Prüfungen stattgefunden (anno 1880: 301; 1879: 283). Von diesen sind ungenügend ausgefallen 80 = 25,4% (anno 1880: 22,9%; 1879: 21,2%).

In den folgenden Verzeichnissen sind die wegen Unzulänglichkeit der vorgelegten Schulzeugnisse auferlegten Maturitätsprüfungen angehender Apotheker unter dem Namen „pharmaceutische Vorprüfung" aufgeführt.

Die untenstehende Tabelle gibt für das Berichtsjahr eine statistische Uebersicht der Prüfungen nach ihrer Vertheilung auf die Prüfungssitze, nach ihren Categorien und Abschnitten und nach dem Erfolg.

Eidg. Medicinalprüfungen 1881. [1])

		Basel.		Bern.		Genf.		Lausanne.		Zürich.		Zusamm.		Total.		
		Genügend.	Ungenügend.	Genügend.	Ungenügend.	Genügend.	Ungenügend.	Genügend.	Ungenügend.	Genügend.	Ungenügend.	Genügend.	Ungenügend.	Genügend u. Ungenügend.	Im Ganzen.	
med.	prop. Pr.	13	6	26	10	13	4	—	—	21	17	73	37	110	197	med.
med.	Fachpr.	21	4	21	5	10	5	—	—	20	1	72	15	87		Prüfgn.
phar. mac.	Vorpr.	—	1	1	2	—	—	—	—	1	—	2	3	5	70	pharm.
phar. mac.	prop. Pr.	1	—	—	2	2	—	13	2	3	1	19	5	24		Prü-
phar. mac.	Fachpr.	—	2	2	—	5	—	12	4	11	5	30	11	41		fungen.
thier ärztl.	prop. Pr.	—	—	10	8	—	—	—	—	8	—	18	8	26	48	thierärztl.
thier ärztl.	Fachpr.	—	—	10	—	—	—	—	—	11	1	21	1	22		Prüfgn.
		35	13	70	27	30	9	25	6	75	25	235	80	315	315	Prüfgn.
		48		97		39		31		100		315				

Die nachfolgenden procentischen (der Mehrzahl nach) Rechnungen werden, auf eine Reihenfolge kommender Jahre ausgedehnt, einiges Interesse darbieten, daher sie hier verzeichnet sind. Es sei aber ausdrücklich bemerkt, dass es vollkommen unrichtig wäre, aus einem einzigen Jahre maassgebende Schlüsse abzuleiten.

Bei sämmtlichen Rechnungen sind die Prüfungen, nicht die Personen gezählt.

1881: 1) Von sämmtlichen Prüfungen waren genügend 74,6%, ungenügend 25,4%.

2) Von sämmtlichen Prüfungen (genügenden und ungenügenden) waren medicinische 62,5%, pharmaceutische 22,2%, thierärztliche 15,3%.

3) Ungenügend fielen aus von sämmtlichen medicinischen Prüfungen 26,4%, pharmaceutischen 27,1%, thierärztlichen 18,7%.

4) Alle Prüfungsorte zusammengenommen, fielen ungenügend aus: von den medicinisch-propädeutischen Prüfungen 33,6%, medicinischen Fachprüfungen 17,2, pharmaceutischen Vorprüfungen 60,0, pharmaceutisch-propädeutischen 20,8, pharmaceutischen Fachprüfungen 26,8, thierärztlich-propädeutischen 30,8, thierärztlichen Fachprüfungen 4,5%.

5) Von sämmtlichen Prüfungen fanden statt in: Basel 15,2%, Bern 30,8, Genf 12,4, Lausanne 9,8, Zürich 31,8%.

6) Von sämmtlichen medicinischen Prüfungen fanden statt in: Basel 22%, Bern 32, Genf 16, Zürich 30%.

7) Von den medicinisch-propädeutischen Prüfungen fallen auf: Basel 17,3%, Bern 32,7, Genf 15,5, Zürich 34,5%.

8) Von den medicinischen Fachprüfungen fallen auf: Basel 28,7%, Bern 29,9, Genf 17,3, Zürich 24,1%.

---

[1]) Zur Vergleichung finden sich die bezüglichen Angaben über 1880 im Corr.-Bl. 1881, S. 24.

9) Von sämmtlichen pharmaceutischen Prüfungen fanden statt in: Basel 5,7%, Bern 10,0, Genf 10,0, Lausanne 44,3, Zürich 30,0%.

10) Von den pharmaceutisch-propädeutischen Prüfungen fanden statt in: Basel 4,2%, Bern 8,3, Genf 8,3, Lausanne 62,5, Zürich 16,7%.

11) Von den pharmaceutischen Fachprüfungen fanden statt in: Basel 4,9%, Bern 4,9, Genf 12,2, Lausanne 39,0, Zürich 39,0%.

12) Von sämmtlichen thierärztlichen Prüfungen fanden statt in: Bern 58,3, Zürich 41,7%.

13) Von den thierärztlich-propädeutischen Prüfungen fanden statt in: Bern 69,2, Zürich 30,8%.

14) Von den thierärztlichen Fachprüfungen fanden statt in: Bern 45,5, Zürich 54,5%.

15) Von sämmtlichen ungenügenden Prüfungen (vgl. hiezu Nr. 5) fanden statt in: Basel 16,25%, Bern 33,75, Genf 11,25, Lausanne 7,50, Zürich 31,25%.

16) Von allen abgehaltenen Prüfungen fielen ungenügend aus in: Basel 27,0%, Bern 27,8, Genf 23,0, Lausane 19,3, Zürich 25,0%.

17) Von den abgehaltenen medicinisch-propädeutischen Prüfungen fielen ungenügend aus in: Basel 31,5%, Bern 27,7, Genf 23,5, Zürich 44,7%.

18) Von den abgehaltenen medicinischen Fachprüfungen fielen ungenügend aus in: Basel 16,0%, Bern 19,2, Genf 33,3, Zürich 4,7%.

19) Von den 110 medicinisch-propädeutischen Prüfungen fallen 3 auf 20jährige Examinanden, 17 auf 21jährige, 26 auf 22jährige, 29 auf 23jährige, 8 auf 24jährige, 6 auf 25jährige, 2 auf 26jährige, 3 auf 27jährige, 1 auf 28jährigen, 7 auf 29jährige, 1 auf 30jährigen, 4 auf 32jährige, 2 auf 35jährige, 1 auf 40jährigen Examinanden.

20) Von den 87 medicinischen Fachprüfungen fallen 1 auf 21jährigen Examinanden, 10 auf 23jährige, 11 auf 24jährige, 20 auf 25jährige, 9 auf 26jährige, 16 auf 27jährige, 7 auf 28jährige, 3 auf 29jährige, 2 auf 30jährige, 2 auf 31jährige, 1 auf 32jährigen, 2 auf 33jährige, 1 auf 34jährigen, 1 auf 39jährigen, 1 auf 40jährigen Examinanden.

21) Von den 24 pharmaceutisch-propädeutischen Prüfungen fallen 2 auf 17jährige Examinanden, 5 auf 18jährige, 7 auf 19jährige, 4 auf 20jährige, 5 auf 21jährige, 1 auf 22jährigen Examinanden.

22) Von den 41 pharmaceutischen Fachprüfungen fallen 2 auf 22jährige Examinanden, 7 auf 23jährige, 8 auf 24jährige, 5 auf 25jährige, 9 auf 26jährige, 1 auf 27jährigen, 2 auf 28jährige, 2 auf 29jährige, 1 auf 31jährigen, 1 auf 32jährigen, 2 auf 33jährige, 1 auf 35jährigen Examinanden.

23) Von den 26 thierärztlich-propädeutischen Prüfungen fallen 4 auf 18jährige Examinanden, 5 auf 19jährige, 7 auf 20jährige, 5 auf 21jährige, 1 auf 22jährigen, 3 auf 25jährige, 1 auf 27jährigen Examinanden.

24) Von den 22 thierärztlichen Fachprüfungen fallen 2 auf 19jährige Examinanden, 5 auf 20jährige, 1 auf 21jährigen, 5 auf 22jährige, 2 auf 23jährige, 4 auf 24jährige, 2 auf 26jährige, 1 auf 28jährigen Examinanden.

Ausserdem ist noch Folgendes zu erwähnen: Von den 315 im Ganzen abgehaltenen Prüfungen waren 57 wiederholte, und zwar 47 zum ersten Mal wiederholte (also zweite) Prüfungen, und 10 zum zweiten Mal wiederholte (also dritte) Prüfungen. Von diesen letztern 10 fielen 9 ungünstig aus, und es wurden demgemäss nach Art. 34 lemma 3 des Prüfungsreglements diese Candidaten von weitern Prüfungen ausgeschlossen.

Es wurden im Berichtsjahr blos 2 summarische Prüfungen bewilligt, die eine nach Art. 68 des Reglements einem mit ausländischem äquivalentem Diplom versehenen schweiz. Thierarzt, die andere einem nach Art. 1 des Gesetzes vom 19. December 1877 mit gültigem cantonalem Patent versehenen schweiz. Arzte, der das eigentliche Prüfungsdiplom zu erwerben wünschte.

b) Personalverzeichniss der Examinirten (weggelassen).

Hinsichtlich der Prüfungsgebühren ist an Folgendes zu erinnern: Candidaten, welche in demselben Prüfungsabschnitt früher durchgefallen waren, zahlten die halbe, Ausländer jeweilen die doppelte Gebühr.

Unter den 315 genügenden und ungenügenden Prüfungen erscheinen 18 Namen je zwei Mal. Es betreffen somit diese 315 Prüfungen blos 297 Personen (im Jahre 1880: 301 Prüfungen auf 281 Personen).

Sämmtliche Prüfungen (nicht Personen), genügende und ungenügende, vertheilen sich nach der Heimathangehörigkeit der geprüften Personen folgendermaassen:

	Geprüft in					
Schweiz.	Basel.	Bern.	Genf.	Lausanne.	Zürich.	Total.
Aargau	4	6	—	—	9	19
Appenzell A.-Rh.	—	—	—	—	1	1
Appenzell I.—Rh.	—	—	—	—	—	—
Baselland	3	—	—	—	1	4
Baselstadt	9	—	—	1	—	10
Bern	1	30	1	2	1	35
Freiburg	—	5	3	1	2	11
St. Gallen	2	4	1	1	9	17
Genf	1	—	9	—	—	10
Glarus	3	—	—	—	5	8
Graubünden	2	5	1	3	8	19
Luzern	2	4	—	—	3	9
Neuenburg	2	7	2	1	2	14
Schaffhausen	3	2	—	1	6	12
Schwyz	—	1	—	—	3	4
Solothurn	4	6	—	—	4	14
Tessin	—	2	1	—	—	3
Thurgau	1	2	—	—	7	10
Unterwalden n. d. W.	—	1	—	—	—	1
Unterwalden o. d. W.	—	—	—	—	—	—
Uri	—	—	—	—	—	—
Waadt	2	7	11	16	2	38
Wallis	2	9	—	—	—	11
Zürich	4	5	—	—	23	32
Zug	1	—	—	—	2	3
Ausland.						
Deutschland	1	1	2	3	11	18
England	—	—	1	—	—	1
Frankreich	—	—	2	—	—	2
Italien	—	—	2	1	—	3
Oesterreich	—	—	—	1	1	2
Russland	1	—	1	—	—	2
Türkei	—	—	1	—	—	1
Ver. Staaten	—	—	1	—	—	1
	48	97	39	31	100	315

An mehrere schweizerische Aerzte, die sich im Ausland niederzulassen beabsichtigten und deren früher erworbene cantonale Patente die Inhaber nach Art. 1 des Bundesgesetzes vom 19. December 1877 zur Praxis im ganzen Gebiet der Eidgenossenschaft berechtigten, wurde eine Urkunde (Diplom zweiter Ordnung) nach Art. 33 lemma 4 auf ihr Verlangen verabfolgt, ebenso an 2 Apotheker.

Ein einziger auswärtiger Arzt von mehreren, die darum petitionirten, erhielt nach Art. 69 lemma 3 das eidg. Diplom ohne Prüfung.

Folgende Herren haben auf abgelegte Prüfung hin das eidg. Diplom für Aerzte im Jahr 1881 erhalten:

Dr. *Karli, Cyrillus* (von der Prüfungscommission Basel); *Seiler, Anton* (Bern); *Herdi, Adolf* (Zürich); *Fischer, Eugen* (Zürich); *Keller, Eduard* (Zürich); *Zimmerlin, Franz* (Basel), sämmtlich aus dem Canton Aargau; *Niederer, Alfred* (Zürich), Appenzell A.-Rh.; *Bider, Heinrich* (Basel); *Rippmann, Ernst* (Basel), beide aus Baselland; *Passavant, Karl* (Basel); *Schmid, Werner*, Dr. phil. (Basel); *Merian, Ernst Rud.* (Basel); *Riedtmann, Emanuel* (Basel), sämmtlich aus Baselstadt; *Vallat, Maximin* (Bern); *Girardin, Charles* (Basel); *Surbeck, Victor* (Bern); *Brügger, Max* (Bern); *Lanz, Jakob* (Bern); *Howald, Eugen* (Bern); *Mori, Emil* (Bern); *Alfred, Wilh.* (Bern), sämmtlich aus Bern; *Comte, Jules* (Genf), Freiburg; *Moser, Ferdinand*

(Bern), St. Gallen; *Wartmann, Aug. Henri* (Basel), Genf; *Noser, Joh.* (Basel); *Hefty, Peter* (Basel), beide aus Glarus; *Schnöller, Peter* (Zürich); *Franz, Maximilian* (Zürich); *v. Jecklin, Rud.* (Basel); *Ragazzi, Camillo* (Genf); *Buol, Florian* (Basel), sämmtlich aus Graubünden; *vonWyl, Jakob* (Zürich), Luzern; *Jeanneret, André* (Genf); *Vauthier, Ulysse* (Genf); *Bourquin, Eugène* (Bern), sämmtlich aus Neuenburg; *Rahm, Emil* (Zürich); *Albrecht, Jakob* (Zürich); *Lehmann, Karl B.* (Zürich); *Wildberger, Ernst* (Zürich); *Schwyn, Jakob* (Bern), sämmtlich aus Schaffhausen; *Schelbert, Joseph* (Zürich), Schwyz; *Probst, Rud.* (Bern); *Boillat, Franz* (Bern); *Steiner, Urs Victor* (Bern); *Stelli, Johann* (Basel), sämmtlich aus Solothurn; *Huber, Hermann* (Zürich); *Ausderau, Karl* Dr. (Zürich); *Ammann, Adolph* (Basel), sämmtlich aus Thurgau; *Odermatt, Wilh.* (Bern) [summarische Prüfung], Unterwalden n. W; *Yersin, Hippolyte* (Bern); *Secrétan, Henri François* (Genf); *Burnier, Henri* (Genf); *Rapin, Louis* (Genf); *Gondoux, Robert* (Zürich); *Carrard, Henri* (Bern); *Tavel, Ernst* (Bern); *Weith, Auguste* (Genf); *Bessard, Alfred* (Basel); *Châtelanat, Alfred Jean* (Basel), sämmtlich aus Waadt; *v. Werra, Joseph* (Bern); *v. Courten, Joseph* (Bern); *Steiner, Leo* (Basel), sämmtlich aus Wallis; *Sulzer, David* (Zürich); *Surber, Oskar* (Zürich); *Bleuler, Eugen* (Zürich); *Steffen, Heinrich* (Zürich), sämmtlich aus Zürich; *Schwerzmann, Karl* Dr. (Basel); *Zürcher, Clement* (Zürich), beide aus Zug. — *Sonder, Otto* (Zürich), aus Deutschland; *Joudra, Henriette* (Genf); *v. Tymowski, Joh.*, Dr. med. (Basel), beide aus Russland; *Michaloff, Iwan* (Genf), aus der Türkei: im Ganzen 68 aus der Schweiz und 4 aus dem Auslande; Total 72.

Möge ihnen allen über dem weiten und oft genug düstern Gebiete der ärztlichen Wirksamkeit ein heller Stern leuchten!

Dem eidgenössischen Medicinalgesetz und seiner practischen Durchführung wünschen wir weiteres, frohes und fruchtbares Gedeihen! Es bringt unserem Stande die Achtung des Auslandes und die Anerkennung der Einsichtigen und Wohlmeinenden der Heimath.

— Die **schweizerische Landesausstellung** in Zürich (1883) sieht auch einzelne Gruppen vor, die uns Aerzte specieller berühren, nämlich 1) Hygieine und Rettungswesen mit den Mitgliedern Dr. *Sonderegger*, St. Gallen; Dr. *Guillaume*, Neuchâtel; Director *Autenheimer*, Winterthur; Maschinenfabrikant *Rauschenbach*, Schaffhausen; Prof. *Langsdorff*, Winterthur und Dr. *Castelli*, Freiburg. 2) Balneologie: Prof. *Fricker*, Baden und Dr. *Veraguth*, St. Moritz. Wir nennen noch 3) Milchproducte: Dr. *A. v. Planta*, Reichenau.

— **Desinfection der Hände.** Wir machen unsere Collegen auf die „Desinfectionsseife" der Falkenapotheke *(O. Siemering)* in Tilsit aufmerksam, käuflich bei unsern Apothekern. Es sind das 6 cm. breite, 8 cm. lange und nur ½ cm. dicke, also sehr portative Heftchen, bestehend aus 50 ölpapierartigen, intensiv nach Thymol riechenden Blättchen, welche sich beim Waschen auflösen und seifig anfühlen. Sie desodoriren vortrefflich und müssen demnach auch ein gutes und sehr bequemes Desinficiens sein. Wir empfehlen sie zu Versuchen besonders den Collegen auf dem Lande wegen ihrer äusserst practischen Form.

Aargau. Oeffentliche Gesundheitspflege. Im aargauischen Grossen Rathe stellte Dr. *Bruggisser* folgende Motion: „Der Regierungsrath ist eingeladen, mit thunlichster Beförderung ein revidirtes Sanitätsgesetz vorzulegen und in demselben namentlich auf die öffentliche Gesundheitspflege und die Lebensmittelpolizei ein Hauptaugenmerk zu richten."

Diese Motion wanderte reglementsgemäss auf den Canzleitisch, um in der nächsten ordentlichen Sitzung behandelt zu werden. Wir zweifeln keinen Augenblick daran, dass der Grosse Rath auf die gesetzliche Regelung dieser hochwichtigen Frage eingehen wird und werden das Resultat mittheilen.

Waadt. Necrologie. In Lausanne wurde der sehr geschätzte frühere Chefarzt des Cantonsspitales, Dr. *Bonnard*, 52 Jahre alt, nach langer Krankheit den 7. Januar durch den Tod erlöst.

Yverdon verlor im December den vortrefflichen Practiker Dr. *Pilicier.*

Zürich. Die angeblichen Impfschädigungen in Hirslanden und Riesbach. Mitte November erschienen in mehreren Zürcher Blättern Berichte über Impfschädigungen, die um so allarmirender waren, als in zweien dieser Fälle von ärztlicher Seite Syphilis sollte constatirt worden sein.

Die zürcherische Sanitätsdirection hat nicht ermangelt, darüber eine eingehende

Untersuchung zu veranstalten und der Bericht der beiden Experten, der Herren Proff. *Huguenin* und *Krönlein* ist kürzlich in extenso als Beilage zu den „Blättern für Gesundheitspflege“ erschienen. Das Ergebniss ist kurz folgendes: Mit dem von 47 Kindern in Hirslanden stammenden Impfstoff wurden Aufangs October in Riesbach, Oberstrass, Unterstrass, Zollikon, Wytikon 435 Kinder geimpft.

Unter den Geimpften von Hirslanden sind im Ganzen 9 Fälle constatirt worden, bei welchen im Gefolge der Impfung irgend eine Abnormität auftrat; davon waren 6 Eczema impetiginosum, je 1 Fall von Urticaria, „wahrscheinlich universeller Vaccine“ und „nicht mehr sicher taxirbarer Schwellung an der Schulter“. Bei keinem dieser Kinder trotz genauer Untersuchung eine Spur von Syphilis.

Von diesen 9 Kindern gehören 5 unter die oben genannten 47 Stammimpflinge; die betreffenden Exantheme (4 Mal Eczema impetiginosum, 1 Mal Urticaria) waren erst nach dem Entnehmen des Stoffes aufgetreten, in 1 Fall sogar erst gegen 5 Wochen hernach.

In Riesbach nun erkrankten von 219 geimpften Kindern 8; davon an Eczema impetiginosum 6 (= 2,7% der Geimpften), unter welchen 2 daneben noch „Impfgeschwüre“ und 1 Vaccina universalis aufwiesen; 2 weitere Kinder zeigten Autoinoculation auf die Genitalien, wovon beim einen im Augenblick der Untersuchung (am 27. October) noch oberflächliche, in Heilung begriffene Geschwürstellen an den Labien vorhanden waren. Bei keinem der Kinder eine Spur von Syphilis, was speciell für das letzterwähnte durch später wiederholte Untersuchung festgestellt wurde.

In Betreff der 12 Fälle von Eczema impetiginosum constatirt der Bericht, dass von den 6 Fällen in Hirslanden 2 Geschwister betrafen; von den 6 Fällen in Riesbach aber waren 5 im gleichen Hause „und zwar bei zwei mit je 3 Kindern gesegneten Familien“. Eines dieser 2 × 3 Kinder war ungeimpft geblieben, lag aber bei seinen Brüdern im Bette und bekam ebenfalls Eczema impetiginosum und zwar den schwersten Ausschlag von allen durch die Experten untersuchten Fällen.

Das Eczema impetiginosum ist als eine übertragbare Infectionskrankheit zu betrachten, für welche gelegentlich auch die Impfungsstelle die Eingangspforte bilden kann, die aber, wie der letzte Fall beweist, auch ohne die Impfung übertragen wird. Die erkrankten Kinder sind übrigens „zu sehr verschiedenen Zeitpuncten nach der Impfung von dem Ausschlag befallen worden“, was an sich schon dafür spricht, dass die Krankheit etwas Zufälliges, der Impfung durchaus Fremdes ist. Da man „in einer Gemeinde mit vielen Kindern zu allen Zeiten des Jahres 2% derselben mit Eczema impetiginosum behaftet finden wird, habe man geimpft oder nicht geimpft“, so ist es nicht leicht, auch für die Zukunft ein derartiges Auftreten post vaccinationem zu verhüten.

Der Bericht betont zum Schluss nochmals ausdrücklich, dass der Hirslander Impfstoff (wovon den Experten noch eine Quantität vorlag) „gut“, die Technik der Impfung vorwurfsfrei gewesen sei und dass bei keinem einzigen Kinde, weder unter den Stammimpflingen, noch unter den secundär Geimpften die geringste Spur von Syphilis entdeckt worden sei. *Lotz.*

Ausland.

— **Nachweis der Carbolsäure im Urin.** *T.* und *D. Tommasi* haben die von *Hoppe-Seyler* nur kurz angegebene Reaction auf Phenol mit HCl und einem Tannenstäbchen nachgeprüft und zu präcisiren versucht. Sie fanden, dass diese Reaction allerdings die beste und empfindlichste ist, dass ferner die Salzsäurelösung, die am besten entspricht, die folgende ist: Salzsäure 50 cc., Aq. dest. 50 cc., Kali chloric. 0,20 g.

Endlich fanden sie, um die Destillation des Phenols aus dem Urin zu vermeiden, das Schütteln mit einer gleichen Menge Aether geeignet, die ganze Menge des Phenols zu extrahiren, ohne dass sonst der Urin sich verändert. Der Aether sammelt sich über dem Urin an und wird decantirt.

Das Verfahren soll nun nach Verff. folgendes sein: Schütteln gleicher Mengen Urin und Aether, Decantiren und Eintauchen des Stäbchens bis zur Sättigung (auch Uebergiessung, aber sehr langsame), dann rapides Eintauchen in die Säurelösung, endlich Aussetzung an das Sonnenlicht. Die nun erfolgende Reaction besteht in Blaufärbung des Stäbchens, ohne Phenol tritt keine oder nur eine schwache grünliche Färbung auf. Diese

Reaction erlaubt $^{1}/_{6000}$ Phenol in Wasser oder Urin zu erkennen; doch ist zu beachten, dass fortgesetzte Insolation die Reaction zum Verschwinden bringt. Die Anwesenheit des chlorsauren Kali in der Salzsäure hindert das Auftreten der oben erwähnten Grünlichfärbung des Holzes beim Fehlen von Phenol. Die Säurelösung sollte immer frisch bereitet sein. (Centralbl. f. Chirurgie.)

Belgien. Das sog. dosimetrische Heilverfahren. Wir theilen unsern Collegen aus der „schweiz. Zeitschr. f. Pharmacie" zu ihrer Orientirung eine Notiz über eine z. Z. frisch aufgeführte Variante der alten Leier über die Curpfuscherei mit. Bezeichnend ist die madrider Prophylaxe, bei welcher mit spanischer Phantasie ein toller Hund todtgeschlagen wird, der de facto noch gar nicht geworfen war.

Das „neue Heilverfahren", welches den genter Prof. Dr. *Burggraeve* zum Begründer hat, erfreut sich charakteristischer Weise besonders in Amerika, Spanien und Portugal sehr vieler Anhänger, während es in Deutschland etc. fast ganz unbekannt geblieben ist. „Prof. *Burggraeve* kam nach vierzigjähriger ärztlicher Praxis zu dem Schlusse, dass die moderne Krankenbehandlung unzureichend und irrationell sei. Als Ideal schwebte ihm ein directes, gründliches Eingreifen mit energisch wirkenden Mitteln vor; um dieses Ideal zu verwirklichen, erfand er die Dosimetrie."

Diese Bezeichnung rührt davon her, dass nur einfache, mathematisch dosirte Arzneien, die Alcaloide, angewandt werden. Dieselben werden in Kügelchen von $^{1}/_{2}$ und 1 mg. in ganz kurzen Intervallen bis zur beabsichtigten Wirkung gereicht. Eine Maximaldosis existirt nicht. Die Dosimetrie wendet für jede Krankheit eine dem Charakter derselben adäquate Behandlung an. Es muss stark eingegriffen werden bei den acut auftretenden Krankheiten und langsam vorgegangen werden bei den chronisch verlaufenden. Die fundamentalen Grundsätze der Dosimetrie gipfeln in folgendem Resumé: 1) Alle acuten Krankheiten (intermittirende und continuirliche Fieber) müssen in ihrem Keime erstickt werden. 2) Bei der Behandlung einer jeden Krankheit sind zwei Elemente zu unterscheiden: Die Dominante und die Variante. Erstere bekämpft die Ursache des Uebels, letztere die Wirkungen oder Symptome. 3) Den acuten Krankheiten ist eine acute, den chronischen eine chronische Behandlung entgegenzusetzen. 4) Die Behandlung muss sich so viel als möglich gegen die vitale oder dynamische Periode richten, da diese den dosimetrischen Mitteln am meisten zugänglich ist. 5) Für die Behandlung sind nur einfache, energisch wirkende, mathematisch dosirte Mittel, die Alcaloide, anzuwenden; die hauptsächlich angewandten Mittel, die am besten von Apotheker *Chanteaud*, Paris (dem Mitbegründer der Methode) bezogen werden (!), sind:

a) Granules, welche $^{1}/_{2}$ mg. activer Substanz enthalten: Aconitin, Strychnin arsenic., Atropin, Brucin, Cicutin etc.

b) Granules, welche 1 mg. enthalten: Acid. arsenicos., Acid. benzoic., Stib. arsenic., Ferrum arsenic., Kal. arsenic., Chinin. arsenic., Natr. arsenic., Asparagin, Cicutin. hydrobrom., Morphin. hydrobrom. etc.

c) Granules, welche 1 cg. enthalten: Acid. salicyl., Acid. tannic., Camphor. monobrom., Crotonchloral, Diastase, Ferrum valerian., Chinin. valerian. etc.

Ausserdem spielt auch das Sel de *Sedlitz-Chanteaud* eine ganz besondere Rolle, denn die Eingeweide müssen täglich ausgespült werden, behufs leichterer Resorption der Medicamente.

Die Dosimetrie heilt aber nicht nur Krankheiten, sie beugt denselben auch vor. So sagt Prof. *Burggraeve*, indem er über das ungesunde Klima von Madrid (wo er zum internationalen dosimetrischen Congress verweilte) spricht:

„Obgleich ich zum zweiten Male nach Madrid gekommen und deshalb schon halb acclimatisirt war, wäre ich gewiss krank geworden, wenn ich nicht die Vorsicht gebraucht hätte, jeden Morgen einen Kaffeelöffel *Sedlitz-Chanteaud*, zu den Mahlzeiten drei oder vier Kügelchen Quassin und Abends beim zu Bett gehen vier Kügelchen Strychnin, vier Kügelchen Aconitin und vier Kügelchen Digitalin zu nehmen, um, wie ich schon erwähnt habe, meinen physiologischen Haushalt zu equilibriren." (!)

Der Allopathie erklärt die Dosimetrie entschieden den Krieg; sie weist aber auch den Vorwurf, nichts Anderes als verkappte Homöopathie zu sein, „mit Entrüstung" zurück; sie allein trifft nach Ansicht ihrer Anhänger, „welche unter den Aerzten südlicher Länder bereits nach Tausenden zählen", das Richtige. Die Dosimetrie hat schon eine nicht un-



ansehnliche Literatur geschaffen; es erscheinen auch mehrere medicinische dosimetrische Zeitschriften in verschiedenen Sprachen.

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 11. bis 25. Januar 1882.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Von Morbillen ist aus dem Birsigthale ein Fall von unbekanntem Ursprung angezeigt; ferner 2 Fälle von Rubeola vom Nordwestplateau.

Varicellen kommen verbreitet vor; angezeigt sind 13 Fälle (11, 6, 9).

Von Scharlach sind 29 Erkrankungen angemeldet (22, 35, 20), wovon 13 aus Kleinbasel.

Typhus 3 Erkrankungen (1, 3, 7), wovon 1 auf dem Südostplateau, 2 in einem Hause des Birsthales. Im gleichen halben Monat des Jahres 1881 wurden 126 Fälle angemeldet!

Hals- und Rachenbräune weisen 25 neue Fälle auf (20, 27, 23), wovon 13 in Kleinbasel.

Erysipelas 10 Erkrankungen (7, 7, 8), wovon die Hälfte in Kleinbasel.

Von Parotitis sind 8 Fälle angezeigt (29, 15, 11), sämmtlich aus Grossbasel.

Puerperalfieber 5 Erkrankungen, wovon 3 in Kleinbasel.

Bibliographisches.

Ferner sind im Jahre 1881 noch eingegangen:

235) *Pfeiffer, L.*, Med.-Rath Dr., Hülfs- und Schreibkalender für Hebammen für 1882. V. Jahrgang. 8°. 134 S. In Leinwand gebunden Preis Fr. 1. 35. Weimar, Hermann Böhlau.

236) *Myrdacz*, Dr. *Paul*, Sanitäts-Geschichte und Statistik der Occupation Bosniens und der Hercegovina im Jahre 1878. Mit Benützung amtlicher und anderer authentischer Quellen. 8°. 420 S. Wien, Urban & Schwarzenberg,

237) *Albert*, Dr. *Eduard*, Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. Vorlesungen für practische Aerzte und Studirende. II. Band. Die chirurgischen Krankheiten der Wirbelsäule, der Brust, des Schultergürtels und der oberen Gliedmasse. Mit 179 Holzschnitten. II. umgearbeitete Auflage. 544 S. Preis Fr. 13. 35. Wien, Urban & Schwarzenberg.

Briefkasten.

Herrn Prof. *Krafft* in B.: Mit bestem Danke erhalten. — Herrn Prof. *Demme*: Wird nach Wunsch besorgt. Freundl. Grüsse. — Herrn Dr. *L.* in Paris: Du hast grammatikalisch ganz recht, aber wir haben vor 10 Jahren den Titel so übernommen und uns trotz mehrfacher Besprechung der Frage noch nicht zu einer Aenderung entschliessen können. Mit freundl. Grüssen.

Zu verkaufen.

In Folge Todesfall ist im untern Theil des Cts. Aargau ein bis dahin von einem Arzt bewohntes Haus sammt Scheune und Garten zu verkaufen.

Da sich zwei Stunden im Umkreis kein Arzt befindet, würden diese Liegenschaften einem solchen Gelegenheit bieten, sich eine lohnende Praxis zu verschaffen.

Preis und Kaufsbedingungen sehr günstig.

Gefl. Offerten sub Chiffre **A. O.** nimmt die Expedition des Blattes entgegen.

J. Paul Liebe DRESDEN.

10 Auszeichnungen. I. Preis (Diplom und Medaille) Internationale Ausstellung Sydney 1879. **Liebe's Leguminose in löslicher Form:** Lösliches, d. i. für leichtere Verdauung eigens vorbereitetes Pflanzeneiweissmehl für **Gesunde** und **Kranke.** Bereits gar, demnach nicht unbedingt zu kochen, staubfein, wohlschmeckend, dreimal so viel blutbildende Stoffe als Rindfleisch enthaltend. — Für stillende Mütter, Altersschwache, heranwachsende schwächliche Kinder, Reconvalescenten; bei Magenleiden, Bleich- und Schwindsucht, Blutentmischung, nach fieberhaften Krankheiten, namentlich da, wo Fleischkost auszuschliessen ist, ärztlich empfohlen. Werthvoller, bequemer u. billiger Ersatz für **gewöhnliche** Leguminose, Revalenta etc. 1/2 Ko. Fr. 2. 50, 1 Ko. Fr. 4. — *Hauptdépôts* ***Basel:*** ***Huber'sche*** *Apotheke, Eisengasse 2;* ***Genf:*** *Pharmacie Sauter, Pl. des Alpes;* ***St. Gallen:*** *C. Fr. Hausmann, Hechtapotheke;* ***Zürich-Neumünster:*** *Apotheke* ***Fingerhuth,*** *Kreuzplatz.* [Nr. 46]

Proben für Aerzte und Hospitäler gratis u. franco.

VICHY

ADMINISTRATION :

PARIS, 22, boulevard Montmartre.

GRANDE GRILLE. — Lymphatisch Leiden, Krankheiten der Verdauungsorgane, Verstopfung der Leber und der Milz, Eingeweide-Verstopfung, Steingalle u. s. w.

HOPITAL.—Leiden der Verdauungsorgane, Magenbeschwerden, schwere Verdauung, Appetitlosigkeit, Magenkrampf, Verdauungsschwæche.

CÉLESTINS. — Nieren-Leiden, Blasen-Harngries, Blasenstein-, Podagra-, Harnruhr- und Eiweissstoff-Leiden.

HAUTERIVE. — Nieren-, Blasen-, Harngries-, Harnruhr-, Podagra-, Blasenstein- und Eiweissstoff-Leiden.

[12314]

Es is darauf zu achten, dass der Name der Quelle sich auf der Kapsel befindet.

à Bâle chez E. Ramsperger.

Droguen,

Chemikalien, chemische und pharmaceutische Präparate, nur beste Qualitäten von ersten Häusern, zu billigsten Tagespreisen, ferner alle Arten **Krankenpflege-Artikel** sowie **sämmtliche Fabrikate** der **internationalen Verbandstoff-Fabrik** in **Schaffhausen** zu **Original-Fabrikpreisen** empfiehlt den Herren Aerzten bestens

C. Fingerhuth,
Apotheker am Kreuzplatz,
Zürich-Neumünster.

NB. Alle neuern Mittel entweder vorräthig oder auf Wunsch sofort besorgt.

Cigarren.

Ausverkauf.

Sumatra	à Fr.	4. —	per Hundert
Artot	" "	5. —	" "
Milagro	" "	6. 50	" "
Toro	" "	7. —	" "
Alborada	" "	7. 50	" "
Habana	" "	8. —	" "
Cortez y Cia	" "	9. —	" "
Nymph	" "	10. —	" "
Viveza	" "	11. —	" "
*Dadiva	" "	12. —	" "
Aglaja	" "	13. —	" "
Valle Suarez	" "	15. —	" "
Cabinet	" "	20. —	" "
Henry Clay	" "	25. —	" "
*Verano	" "	30. —	" "
Bock y Cia	" "	40. —	" "
Villar y Villar	" "	50. —	" "

empfiehlt zur gef. Abnahme

Alfred Isler,
Wohlen, Aargau.

* Elegante Verpackung, geeignet zu Festgeschenken.
Muster gratis und franko.

Cataplasma artificiale

empfehlen **A. & L. Volkhausen,** Apotheker, **Elsfleth** a. d. Weser. [M-Agt. Oldbg. Nr. 494/95-B]

Der Verkauf ist in den Apotheken.

Generaldépot für die Schweiz: ***C. Fr. Hausmann, Apotheker in St. Gallen.***

Tamar indien

(deutsches Fabrikat)

erfrischende, abführende Fruchtpastillen; von vielen deutschen Aerzten mit Vorliebe verordnet. Sowohl dem französischen (Grillon) als anderen ähnlichen Fabrikaten seiner angenehmen, schmerzlosen Wirkung, **da ohne jede Drastica** vorzuziehen. 10 Pastillen kosten Fr. 2. Die Unterzeichnete bittet die geehrten Herren Aerzte, welche das Präparat verordnen, die betr. Patienten darauf aufmerksam zu machen, **Tamar indien der Adlerapotheke in Frankfurt a. M.** zu fordern. Proben zu eingehenden Versuchen stehen gratis und franco zur Verfügung. [D & C 4442 F]

Adlerapotheke, Frankfurt a. M.

Vertreter für die Schweiz: Basel, St. Jacobsapotheke.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die zweisp. Zeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian und **Dr. A. Baader**
in Basel. in Basel.

N° 4. XII. Jahrg. 1882. 15. Februar.

Original-Arbeiten.

Zur Casuistik der Meningitiden.

Von Prof. Dr. Huguenin in Zürich.

In der Pathologie der Meningitiden sind die Fortschritte der letzten Jahre nicht sehr glänzende gewesen; immerhin muss es als ein Fortschritt von nicht geringer Wichtigkeit bezeichnet werden, dass allseits die Nothwendigkeit anerkannt worden ist, die Aetiologie an die Spitze der Erkenntniss zu stellen und nach und nach ein ätiologisches Eintheilungsprincip zu gewinnen. Die Kenntniss der Aetiologie ist allerdings nur für einen geringen Theil dieser Erkrankungen erreicht, ein anderer — und es wird unten ein Fall dieser Categorie besprochen werden — entzieht sich hartnäckig einer bezüglichen Einsicht. Doch sind wir so weit, dass schwerlich noch Fälle von eitriger Convexitätsmeningitis vorkommen werden, welche so g a n z u n d g a r unvermittelt dastehen, wie es noch vor 10 Jahren der Fall gewesen ist; dass im einzelnen Falle da und dort ein Zwischenglied fehlt, dass bei den infectiösen Formen wir das inficirende Ding häufig sehen, ohne deswegen eine Spur von biologischer Einsicht gewonnen zu haben, sei freimüthig zugestanden. Aber diese Erkrankungen bieten sich einem vertieften Studium nicht so häufig dar, wie die Diphtheritis, oder die bacteritische Pyelonephritis. — In den letzten 2 Monaten sind auf der Zürcher Klinik die Meningitiden sehr häufig gewesen; Hauptsache waren allerdings die verschiedenen Formen von Meningitis tuberculosa, die schwerlich irgendwo noch in dem Reichthum zur Beobachtung kommt, wie in Zürich. Einige seltenere Formen mögen hier eine fragmentarische Besprechung finden.

I.

E i t r i g e M e n i n g i t i s d e r C o n v e x i t ä t; U r s a c h e: B a c t e r i t i s c h e I n f e c t i o n v o n d e r a c u t e r k r a n k t e n H i r n h ö h l e a u s.

G. K., 19 Jahre alt, Seminarzögling, aufgenommen den 29. November 1881, Vormittags 11 Uhr.

Am 26. November, Nachmittags, beklagte sich der Kranke über Zahnweh und Schmerzen im Kopfe; schlechter Schlaf in der Nacht, Morgens das Zahnweh fort. Seit einigen Tagen, wie lange ist unbekannt, hatte er lästigen Nasencatarrh. Am 27. November Morgens besuchte er eine Unterrichtsstunde, bekam dann nachher einen Frost und hartnäckiges Kopfweh in Stirn und Hinterhaupt. Bekam Fussbäder und kalte Umschläge, worauf gegen Abend das Kopfweh wieder etwas nachliess; dagegen totale Appetitlosigkeit und viel Durst. Kein Erbrechen. Nacht vom 27./28. relativ ruhig, besuchte am 28. Morgens wieder die Stunden, war aber matt, blass und hatte viel Durst. Am 28. Abends Schmerzen in beiden Ohren und starke Schmerzen im Occiput, 28./29. schlaflose Nacht. Am 29. Morgens Erbrechen, Kopfschmerz, zunehmende Mattigkeit, wurde sofort wieder bettlägerig. Nun bemerkte man eine schnell vorschreitende Affection des Sensoriums, so dass schon um 9 Uhr zeitweises Irrereden und mangelhaftes Verständniss von der Umgebung constatirt wurde. Dazu Unruhe und Zeichen von starkem quälendem Kopfschmerz. — Blos ein Erbrechen, über die Defäcation keine sichern Nachrichten.

Mutter des Pat. starb an Phthise, Vater und zwei Geschwister gesund. Von einer frühern Krankheit weiss man nichts, er hatte nie eine Erkrankung der Lunge, war gesund und kräftig.

Krankheitsdauer bisher 3 × 24 Stunden.

Pat. starb den 1. December, Morgens 11 Uhr, also Dauer der ganzen Krankheit 5 × 24 Stunden. Im Spital beobachtete Temperaturen und Pulse:

				Temp.	Puls.	Resp.	
29. November	11	Uhr	Nachts	39,8	112	32	
	2	„	„	39,5	108	28	
30. „	5	„	Morgens	39,5	100	32	Urin 1100 (1023)
	11	„	„	39,6	116	24	
	5	„	Abends	38,4	108	28	
1. December	6	„	Morgens	39,7	124	40	Urin 240 (1024)
	9	„	„	39,8	148	42	

Am 29. Nov. Abends spät ist Pat. in besinnungslosem Zustande gebracht worden. Nacht vom 29./30. relativ ruhig, d. h. keine Reactionen von dem Kranken zu gewinnen. Grössere Unruhe am 30. Morgens früh, so dass die sofort vorgenommene Untersuchung der Retina einige Schwierigkeit macht; Resultat:

Röthung der Papille, Contour derselben gut, keine Schwellung;

sämmtliche Retinalvenen erweitert; also Stauung wahrscheinlich mit beginnender Neuritis.

Klinische Vorstellung, 30. December Vormittags: kräftig gebauter, gut genährter, junger Mann mit guten Muskeln und Panniculus, gut geformtem, symmetrischem Thorax, an der ganzen Peripherie werden keine Drüsen, auch keine Abnormitäten der Haut, kein Exanthem u. dgl. gefunden. Keine Oedeme, kein Icterus, Gesicht anämisch, Nase und Ohren leiser Livor.

In anamnestischer Richtung wird namentlich hervorgehoben:

Der höchst acute Beginn der Krankheit und ihr constantes Fortschreiten zur jetzigen Höhe;

der höchst einfache, durchaus aus meningitischen Symptomen sich zusammensetzende Symptomencomplex;

der hochfebrile Charakter der Krankheit;

der verdächtige Boden, auf welchem die Krankheit erwuchs (Mutter an Phthisis gestorben).

Tiefe totale Störung des Bewusstseins; kein Zeichen von Verständniss, keine logische Reaction irgend welcher Art. Daneben ziemliche Unruhe, Wälzen im Bett, Pat. hat die Tendenz, beständig auf der Seite zu liegen und dreht sich, in eine andere Lage gebracht, constant auf die rechte Seite; hält beständig eine, oft auch beide Hände an die Stirne, heftig drückend und stöhnt viel. Pat. kann nicht auf den Beinen stehen, knickt sofort zusammen, seine Beine sind auch bei Rückenlage im Bette kraftlos, was von den Armen nicht gesagt werden kann. Augen hartnäckig geschlossen, Licht erregt offenbar eine unklare Schmerzempfindung.



In der Rückenlage zieht Pat. seinen Kopf nach hinten in's Kissen, passive Bewegungen des Kopfes erregen Schmerzzeichen und rufen sofort einer reflectorischen Nackenstarre, welche bald wieder vorüber geht.

Kein Strabismus, keine Ptosis, Reaction der Pupillen genügend, keine Abweichung eines Bulbus bei Bewegungen, kein Nystagmus.

Facialis und Hypoglossus nichts. Sprache? jedenfalls im Beginne und am 2. und 3. Tage der Erkrankung keine wesentliche Störung.

Schluckreflex vorhanden. Weder Paraplegie noch Hemiplegie. Ueber die Sensibilität ist nichts auszusagen.

Abdomen in mässigem Grade eingesunken, leise Spannung der Bauchmuskeln.

Aus den sehr spärlichen Symptomen resultirt das Bild des meningitischen Hirndruckes; die Annahme basirt:

auf dem Zustande des Sensoriums, dem schnellen Fortschreiten von mässigen Reizsymptomen zur totalen Besinnungslosigkeit;

auf dem Retinalbefund, welcher heute allerdings blos noch Hirndruck, doch eine entzündliche Störung noch nicht mit Sicherheit anzeigt;

auf dem Verhalten der Temperatur: sehr hohes Fieber.

Organe: Herz: Grösse, Gestalt, Lage durchaus normal, Töne rein.

Lunge: keine wesentlichen Resultate; Grösse normal, vergleichende Percussion ergibt weder vorn noch hinten abnorme Schallqualitäten oder Differenzen; Respirationsgeräusch allenthalben rein vesiculär; unter der rechten Clavicula das vesiculäre Athmen etwas lauter und schärfer, keine rhonchi.

Abdomen: Leber: Percussionsfigur von normaler Grösse, Palpation ergibt normale Verhältnisse.

Milz in mässigem Grade geschwellt.

Darm ergibt nichts.

Urin: Blase heute Morgen gefüllt, Urin mit dem Catheter entleert, dunkelgelb, etwas trübe, gibt ein mässiges, etwas flockiges Sediment. Mässige Menge Eiweiss. Sediment: Weisse und rothe Blutkörper in geringer Menge; einzelne polygonale grössere Zellen von unbestimmter Abkunft; wenige schmale hyaline und einige granulirte Cylinder.

Aus solchen Befunden lässt sich auf die Vorgänge in der Niere ein Schluss nicht ziehen, immerhin darf darauf aufmerksam gemacht werden, dass acute miliare Tuberculose der Niere sehr häufig einen solchen Urin liefert.

Die einzigen sichern Organveränderungen liefern somit die Milz und die Niere.

Die weitern diagnostischen Erwägungen: Es kommen 4 Formen von Meningitis in Frage:

1) Meningitis tuberculosa,
2) acute Meningitis der Convexität,
3) acute basale Meningitis ohne Tuberkel,
4) epidemische Cerebrospinalmeningitis, Genickkrampf.

Ad 1. Es ist zu bemerken, dass Anfang und Verlauf dem mehr chronischen Wesen der tuberculösen Meningitis nicht entsprechen; dass eine tuberculöse Grundlage im Körper nicht zu finden ist; dass die Chorioidea keine Tuberkel zeigt; dass in keinem andern Organe von Tuberculose etwas mit Sicherheit nachzuweisen ist; dass man Miliartuberculose der Milz annehmen könnte, wenn man nicht die Milzschwellung neben tuberculöser Meningitis ohne Miliartuberkel sehr genau kennen würde; dass aus der Urinbeschaffenheit eine Miliartuberculose der Niere nicht mit Sicherheit erschlossen werden könne; dass die constante Höhe der Temperatur einen von der Annahme der tuberculösen Form eher abschrecke; dass die Untersuchung der Lunge nichts ergibt und jedenfalls unter vorliegenden Um-

ständen die hohe Respirationszahl für eine Miliartuberculose der Lungen nicht verwerthet werden kann.

Ad 2. Dazu wird bemerkt, dass Beginn und Verlauf zu dieser Form vortrefflich stimmen; dass das ganze Bild auf eine totale Meningitis mit sehr intensiven Entzündungsvorgängen hindeutet; dass das vorläufige Fehlen von Lähmungen im Gesichte eher mit der Convexitätsmeningitis stimmt, als mit der basalen; dass man heute indess ohne weitere ätiologische Anhaltspuncte eine Convexitätsmeningitis nur in grösster diagnostischer Noth annimmt; dass eine Ohrenerkrankung, ein Trauma, eine Schädelaffection irgend welcher Art, eine Wunde oder Entzündung der Weichtheile am Kopfe, eine Lungenaffection eitriger Natur, eine Pneumonie, eine maligne Herzaffection nicht nachzuweisen ist; dass bei der nackten und unvermittelten Annahme einer eitrigen Convexitätsmeningitis wir weder mit der Milzschwellung noch mit der Urinbeschaffenheit etwas kluges anzufangen wissen; dass die Temperaturen mit dieser Form allerdings viel besser stimmen, als mit der tuberculösen; dass einzelne motorische Störungen, Muskelstarre der Extremitäten, convulsive Symptome aber bis jetzt völlig gefehlt haben. Immerhin ist diese Form wahrscheinlicher als die tuberculöse.

Ad 3. Die acute Basilarmeningitis ohne Tuberkel ist sehr selten, viel seltener als die chronische, die durchaus nicht eine unbekannte Krankheit ist. Das Material über die acute Form ist daher klein und eine ganz genaue Kenntniss der Symptome fehlt. Immerhin ist auch hier auf dieselbe aufmerksam zu machen; doch sind, wie schon bemerkt, im Gesichte keine Lähmungen vorhanden; nach dem raschen Verlaufe zu urtheilen, muss eine schwere Oberflächenaffection dabei sein; dem Temperaturverlaufe kann nur eine verbreitete acute Entzündung entsprechen. Es ist diese Form weniger wahrscheinlich als die Meningitis der Convexität.

Ad 4. Es ist zu merken, dass bei uns heute diese Krankheit nicht existirt, dass sie mit Sicherheit überhaupt nur erkannt werden kann, wenn entweder ein geradezu classisches Bild vorliegt, oder wenn eine Summe bekannter Fälle schon vorliegen; dass Verlauf, Temperatur und allgemeiner Krankheitscharakter allerdings stimmen würde; dass wir bei dieser Annahme sowohl bei der Erklärung der Milzschwellung als der Urinbeschaffenheit uns in weit besserer Lage befinden würden, als bei den andern Formen; dass aber der Genickkrampf viel zu wenig im Vordergrunde steht, als dass wir mit Vorliebe zu dieser Annahme greifen würden; dass alle und jede Hautaffection fehlt; dass schwere Störungen der Muskelinnervation, Convulsionen, Muskelstarre vollkommen fehlen.

Von den 4 genannten Formen kann es sich wesentlich blos um 2 handeln:

1) Convexitätsmeningitis aus unbekannter Ursache;

2) Meningitis cerebrospinalis epidemica, wobei dieser vorliegende der erste Fall sein müsste.

Die Diagnose wird für heute noch unbestimmt gelassen.

1. Dec. Zustand während des gestrigen Tages gleich; gegen Abend der Sopor noch tiefer, in der Nacht Coma, heute ebenso. Temp. 39,8, Puls 148; sehr klein.

Klinische Vorstellung. Verschlimmerung nach allen Richtungen. Coma—



ähnliche Besinnungslosigkeit, Andauern des Fiebers, 148 kleine Pulse, 40 Respirationen, gänzlich irregulär. Cyanose des Gesichtes.

Kein Strabismus, keine Ptosis, linke Pupille völlig reactionslos, Facialis und Hypoglossus nicht zu beurtheilen, da gar keine Bewegungen gemacht werden.

Retina. Seit gestern eine bedeutende Veränderung, sie zeigt das denkbar schönste Bild von Oedem der Papille. Papille elevirt, allgemein geröthet und mit einer Menge dunkelrother feiner radiärer Streifen versehen. Die Contour ganz undeutlich geworden, keine Miliartuberkel. Venen sehr weit, geschlängelt bis weit in die Peripherie hinaus.

Nackenstarre stärker, Kopf kaum zu drehen. Keine Lähmungen. Ueber die Sensibilität nichts auszusagen.

Untersuchung der Organe ergibt das Gleiche wie gestern.

Es wird namentlich auf folgende Puncte aufmerksam gemacht:

1) Die Meningitis muss eine schwere eitrige sein, denn der Verlauf ist im höchsten Grade acut;

2) die acute eitrige Entzündung an der Basis wird durch die Retinalveränderung heute ausser allen Zweifel gesetzt; dem Opticus entlang ist nun ein Entzündungsprocess gegangen bis in die Retina hinein;

3) in diagnostischer Richtung kann dem gestern Gesagten nicht viel beigefügt werden. Der Genickkrampf ist mässig, Hauteruptionen fehlen durchaus, die Diagnose muss stehen bleiben bei der Annahme:

Eitrige Convexitäts- und Concavitätsmeningitis aus unbekannter Ursache.

Eine ganz besondere Aufmerksamkeit aber erregt der Urin: Der von gestern auf heute catheterisirte zeigt plötzlich eine ganz enorme Menge Eiweiss; im Sedimente hyaline Cylinder, mässige Menge weisser und eine noch geringere rother Blutkörper. Früher wurde bemerkt, dass, wenn alles Andere stimmt, eine acute Miliartuberculose der Niere, wenn wenig Eiweiss im Urine neben dem besprochenen Sedimente sich findet, angenommen werden darf. Im vorliegenden Falle sind wir von der tuberculösen Meningitis durchaus abgekommen; welcher andere Nierenprocess könnte zu der vorliegenden Qualität des Urines führen? Die Erkenntniss ist nicht möglich und wird dieser Punct in Suspenso gelassen.

Tod. 11³/₄ Uhr Vormittags, 30. November.

Section 2. Dec. 1881 (Prof. *Ziegler*). Normal gebaute Leiche, Körpermuskulatur sehr dunkel. Schädeldach ohne Abnormität, Dura adhärent. Nach Wegnahme der Dura zeigt sich sofort eine ausserordentlich hoch entwickelte Meningitis der Convexität und Concavität. An der Basis bildet das eitrige Exsudat dicke Schwarten und Platten, die Hirnnerven sämmtlich einhüllend bis zum hintern Ponsrand, sich hineinziehend in die Fossæ Sylvii und die vordere Hirnspalte und die Unterfläche des Stirnhirns überziehend. An der Convexität noch ein viel reichlicheres Exsudat, das den ganzen Subpialraum anfüllt, so dass in der That sämmtliche Sulci damit angefüllt sind, am stärksten ist Stirn und Scheitelhirn betroffen. Die Venen ziemlich stark gefüllt, die Gyri etwas abgeplattet, auf ihrer Höhe nur selten etwas Exsudat. Sogar die Innenfläche der Dura, sowie die Aussenfläche der Pia zeigen an einigen Stellen einen dünnen eitrigen Exsudatbelag, so an der rechten Stirnseite. Knochen und Aussenfläche der Dura sind aber daselbst gesund. Sinus longit. führt flüssiges Blut. Am Schädeldach keine Verletzung, auch nach Wegnahme der Dura an der Basis nichts zu finden, auch nicht an den Felsenbeinen. Linker Seitenventrikel in mässigem Grade erweitert, enthält ziemlich viel leicht getrübte Flüssigkeit. Rechter Seitenventrikel das Gleiche, keine wesentliche Ependymveränderung, plexus chor. hyperämisch und gequollen und an einigen Stellen eitrig infiltrirt.

Weisse Hirnsubstanz feucht, glänzend, blass.

Substanz der centralen Ganglien rechts sehr feucht, gequollen, einzelne Parthieen in circumscripter Weise roth gefärbt und zwar liegen diese encephalitischen Heerde sowohl im Linsenkern als Thalamus. Das Gleiche auf der linken Seite, namentlich im innern Drittheil des Linsenkerns, auch in der innern Kapsel links ein kleiner Heerd, sowie am Boden der Rautengrube einige kleine Hämorrhagieen.

Cerebellum sehr stark durchfeuchtet. Substanz weich, auch Pons und Medulla obl. sehr weich und feucht.

Lungen nach Eröffnung des Thorax nicht retrahirt. In der linken Pleurahöhle trübe rothbraune Flüssigkeit in ziemlich bedeutender Menge, ca. 300 grmm. Pericardialflüssigkeit nicht vermehrt, im Epicard eine Anzahl kleiner circumscripter Hämorrhagieen.

Herz fest und contrahirt, Blut schmierig und schwarzroth, beinahe theerartig, in beiden Herzhöhlen nicht geronnen. Ostium venos. sinistr. für 2 Finger leicht durchgängig, Herzmuskel sehr blutreich, keine Verfettung sichtbar, Klappenapparate alle normal.

Die Flüssigkeit in der Pleura von stark fötidem Geruche.

L. Lunge klein, Pleura schwarzroth verfärbt; Parenchym noch lufthaltig, dunkelroth, reichlich blutig infiltrirt, einzelne Läppchen ganz hämorrhagisch. Aus einzelnen kleinern Bronchien ergiesst sich eitriges Secret.

R. Lunge mit einzelnen ebenfalls blutig infiltrirten Adhärenzen versehen; Gewebe sehr blutreich, dunkelroth, vollkommener Luftgehalt. Beidseits Röthung der Brochialmucosa.

Milz vergrössert, Länge 14 cm., Pulpa blauroth, leicht zerfliesslich. Cava inf. sehr reichlich mit flüssigem, sehr dunklem Blute gefüllt.

R. Nierenkapsel leicht abziehbar, Oberfläche der Niere glatt, Venen stark gefüllt. Gewebe grauröthlich bis gelbröthlich, Schnittfläche der Corticalis mehr grüngrau; die Rinde trübe, ziemlich feucht.

Links ebenso.

Mesenteriale Lymphdrüsen etwas geröthet und geschwellt.

Magenschleimhaut stark macerirt, Schleimhautfalten hämorrhagisch infiltrirt, im Duodenum galliger Inhalt und einzelne Ecchymosen.

Leber blutreich, ohne wesentliche Anomalie.

Beide Stirnhöhlen zeigen eine starke Infiltration der Auskleidungsmembran mit ziemlich dickem Eiterbelag.

Eitriger Nasencatarrh.

Zähne ohne wesentliche Abnormität, keine Eiterung, Pharynx mit starkem Schleimbelag und gerötheter Mucosa.

Anatomische Diagnose. Eitrige Meningitis der Concavität und Convexität, Hydrocephalie, encephalitische Heerde in den Centralganglien, eitriger Stirnhöhlencatarrh und Nasencatarrh, hämorrhagische Infiltration in r. Lunge und Pleura, Milzschwellung, flüssiges, dunkles Blut, macroscopisch undefinirbare Nierenveränderung.

Eine genauere Untersuchung der erkrankten Organe ergab Folgendes:

Die Stirnhöhlen zeigten einen intensiven eitrigen Catarrh, ebenso die Nasenhöhlen. Vergeblich wurde in dem eitrigen Secrete mit grossem Eifer nach einer charakteristischen Bacterienform gesucht; einzelne Coccen, die zur Beobachtung kamen, lassen vor Allem eine heerdartige Häufung und multiples Vorkommen vermissen, so dass über das infectiöse Agens an dieser Stelle nichts ausgesagt werden kann.

Auch die directe Fortleitung der Entzündung aus den Stirnhöhlen zur Pia konnte nicht mit Sicherheit demonstrirt werden. Allerdings fand sich sogar im

Subduralraume auf der rechten Seite eine erhebliche Eiterschicht; dagegen erschien die Aussenfläche der Dura, sowie der Knochen ohne irgend welche erhebliche Veränderung. Man ist in solchen Fällen eben nicht immer in der glücklichen Lage, in der wir uns bei einem frühern Falle der Art befanden, in welchem die chronisch entzündete Stirnhöhle eine Perforation des Knochens nach innen zeigte, und an der betreffenden Stelle eine mit Gefässen versehene bindegewebige Verlöthung der Dura mit der Pia und der Pia mit der Hirnoberfläche; das ganze verbindende Bindegewebe war eitrig infiltrirt, die Pia im Zustande schwerer eitriger Entzündung. Es ist zwecklos, an dieser Stelle über das nicht Gefundene allerhand Vermuthungen aufzustellen; es gibt offenbar verschiedene Wege der Infection, im vorliegenden Falle glauben wir aber in der That berechtigt zu sein, eine Infection von der Stirnhöhle aus anzunehmen.

Immerhin ergab auch die Untersuchung der Exsudation auf der Convexität und Concavität für diese Behauptung noch keine sichern Belege. Es zeigte sich microscopisch eben allenthalben schwere eitrige Entzündung mit allen Kriterien; Colonien von Bacterien waren nicht da, oder konnten nicht zur Ansicht gebracht werden, was übrigens Jeder begreiflich finden wird, der die Schwierigkeit der Demonstration von Micrococcen in einem mit Eiter gänzlich durchsetzten Gewebe kennen gelernt hat.

Einen positiven Befund in der angedeuteten Richtung ergab erst die Untersuchung der vermehrten exsudativen Ventrikelflüssigkeit. Sie wurde auf dem Objectträger nach der gewöhnlichen Methode eingetrocknet, mit Methylanilinviolett gefärbt und trocken eingeschlossen. Hier finden sich grosse Colonien unzähliger kugelförmiger Bacterien kleinster Art, zum Theil, wie bemerkt, zu Haufen vereint, zum Theil in den Eiterzellen drin steckend, manchmal in grosser Zahl. Nicht wenige wurden auch gesehen, welche zu kurzen Rotten vereinigt sich fanden. Die Untersuchung des Ventrikel-Ependyms aber blieb abermals resultatlos; es erschien sogar ohne alle wesentliche Veränderung. Dagegen zeigten die Plexus wieder alle Merkmale schwerer eitriger Entzündung, ohne dass jedoch weder im Gewebe, noch in dem noch vorhandenen Epithel Bacterien zu entdecken gewesen wären.

So mussten wir zufrieden sein, wenigstens in der Ventrikelflüssigkeit etwas gefunden zu haben, was die infectiöse Natur der Piaentzündung ausser Zweifel stellte. Aber ist dies eine genügende Kenntniss des Processes? Was fruchtet uns die Demonstration einer Bacteriencolonie, wenn wir nicht die Spur einer Kenntniss der Biologie des betreffenden Organismus haben? Wissen wir nun, woher er kam, ist seine Eingangspforte gefunden worden? Wir sind, wie man sieht, uns dessen wohl bewusst, dass auch dieser Befund wieder nur ein armseliger Beitrag ist zur Kenntniss der verschiedenen Modi der Infection, nach welchen die Pia entzündlich erkranken kann.

Denn auch die andere Erwartung, in den kleinen encephalitischen Heerden der Gangliengegend die Bacterien wieder zu finden, blieb leider unerfüllt. Diese encephalitischen Heerde ergaben ganz und gar den Befund der einfachen Encephalitis. Ich finde es überflüssig, eine genaue Beschreibung hinzuzufügen, da ja das



einzig mögliche Interesse sich an die Aetiologie der Heerde knüpft, welche leider verborgen blieb.

Die Untersuchung der dunkel gefärbten peripheren Muskeln ergab kein wesentliches Resultat. Ebenso wenig die postmortale Blutuntersuchung.

Auch die genauere Durchforschung der Gefässe der linken Pleura, sowie derjenigen des untern Theiles des linken Unterlappens ergab kein wesentliches Resultat. Nirgends Colonien von Bacterien ähnlicher Art, wie sie in der Cerebrospinalflüssigkeit sich gefunden; und doch ist mit einiger Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die leicht zu demonstrirenden Entzündungsvorgänge in der Pleura pulmonalis auf ein infectiöses Moment zurückzuführen waren. Im Lungenparenchym selbst fand sich nichts als Diapedese, mit Lagerung der Blutkörper sowohl in die Septa hinein, als auf die freie Fläche. Sichere Entzündungsvorgänge wurden nicht gefunden.

Von den Unterleibsorganen zeigten wesentliche Befunde blos die Nieren. Auf die so merkwürdige Veränderung derselben genauer einzugehen, wäre hier allerdings der Ort. Doch sollen vom Assistenten der med. Klinik, Dr. *Nauwerck*, eine Anzahl Fälle von Nierenerkrankungen anderorts genauer beschrieben werden. Wir beschränken uns daher auf das Folgende:

Nieren mässig vergrössert, glatt, leicht abziehbare Kapsel, mässig vergrösserte Venensterne, vereinzelte kleine Hämorrhagieen in der mässig verbreiterten Rinde; Schnittfläche nicht besonders feucht, von trübem, mattem Aussehen; Glomeruli nicht sichtbar, die Consistenz nicht wesentlich verändert.

Die Malpighischen Körperchen zeigen sich fast durchweg von normalem Aussehen, sowohl was Grösse als das Verhalten der Gefässe und des Kapsel- und Knäuelepitheles anbetrifft. Ganz vereinzelte Glomeruli blos zeigen geringfügige Veränderungen:

Leichte Schwellung des Kapselepitheles bei guter Kerntinction; ganz vereinzelte feinste Körner auf der Knäueloberfläche, die sich bei Behandlung mit Ueberosmiumsäure dunkler färben. Kapselepithel nicht verfettet. An Kochpräparaten da und dort im Binnenraum ein schmaler Saum körniger Gerinnungsmasse, die Glomeruli ganz normal.

Capillaren und venöse Gefässchen etwas dilatirt. Interstitien nicht verbreitert, keine kleinzellige Infiltration.

Hochgradig vermindert ist aber das Epithel der Tubuli contorti: An Stelle der normalen Streifung tritt eine feinkörnige Beschaffenheit der ganzen Zelle, Kern unverändert, die Fortsätze der Zellen nur spärlich zu constatiren, zart oder auch gequollen. Andere Zellen sind weiter verändert, sie sind mehr gekörnt, der Kern ist etwas undeutlich, mässig vergrössert, glänzend, die Zelle selbst mehr vergrössert, so dass das Lumen des Tubulus verschwindet, die Fortsätze der Zellen nicht mehr nachweisbar. Diese Veränderung geht noch weiter, so dass Querschnitte von Harncanälchen erscheinen, welche ganz mit trüben, feinkörnigen Massen angefüllt sind, so dass kaum noch Zell-Contouren wahrzunehmen sind.

Die feine Granulirung bleibt durch die Behandlung mit Ueberosmiumsäure unbeeinflusst. — Hyaline und granulirte Gerinnungsmassen in vielen Sammelröhren



und absteigenden Schleifenschenkeln ohne Alteration des Epithels daselbst. Ein Zusammenhang zwischen abgelöstem Epithel und Cylinderbildung nicht nachweisbar.

Bacterien sind von Dr. *Nauwerck* in der Niere nicht gefunden worden.

Jedermann wird bei diesem sehr merkwürdigen Befunde das Hauptgewicht auf die Thatsache legen, dass die gewöhnlichen sichern histologischen Zeichen der Entzündung in der Niere vermisst werden. Immerhin steht dem gegenüber

1) die Existenz der Hämorrhagieen, welche ohne Zweifel als Diapedesisblutungen aufzufassen sind, die dann hinwiederum eine allerdings nicht genau definirbare Gefässalteration beweisen;

2) die Existenz der Eiweissgerinnungen in den Kapseln, sowie die Masse des Eiweisses intra vitam. Zu jener Zeit wurden auch im Urine weisse Blutkörper gefunden, Auswanderung in der Niere dagegen fehlt durchaus.

Ist dies nur eine Entzündung im gewöhnlichen Sinne? Wer diese Störungen in den Rahmen der neuerdings so viel besprochenen Glomerulo-Nephritis bringen will, dem ist sein Standpunct nicht zu nehmen, denn es gibt scarlatinöse Nephritis genug, welche keine andern Befunde gibt. Damit wäre auch die adäquate Erklärung für die Symptome während des Lebens gefunden.

Dem gegenüber steht aber die grossartige Veränderung des Tubularepithels. Ich persönlich habe immer die Ansicht vertreten, dass die bedeutenden Veränderungen des Epithels bei der parenchymatösen Nephritis auf die Entzündung des Gefässbaumes bezogen werden müssen, und ich bin auch heute noch nicht geneigt, anzunehmen, dass die entzündliche Veränderung der Gefässe mit den nachfolgenden total veränderten Ernährungsverhältnissen der Umgebung mit den Epithelveränderungen nichts zu thun haben. Aber für die vorliegenden Epithelveränderungen haben wir einmal keine solche Grundlage, denn es ist in den Interstitien keine Entzündung nachzuweisen.

Wir müssen also nach einem andern Momente suchen, welches zum Absterben — denn eine Necrose kann man dies kaltblütig nennen — des Epitheles Veranlassung gegeben hat. Aehnliche Verhältnisse habe ich übrigens bei Diphtheritis, namentlich aber bei Intoxication mit Gallensäuren zu constatiren Gelegenheit gehabt: ausgezeichneter Epithelzerfall, Ablösung desselben vom Mutterboden, in den Interstitien keine Entzündung.

Die Schädlichkeit, welche das Tubularepithel zum Absterben brachte, kann nun — analog den Gallensäuren — blos aus dem Blute stammen und zwar aus dem kranken Blute. Sie musste so beschaffen sein, dass eine Entzündung der Interstitien nicht die Folge war, wohl aber eine Ertödtung des Tubularepithels. Dabei wird man sich wohl denken müssen, dass diese schädliche Substanz in den Glomeruli aus dem Blute abgeschieden wurde und dass sie dann mit dem Urine durch die gewundenen Canäle weiter nach unten gelangte. Dabei mag nun allerdings die Integrität des Glomerulusepitheles räthselhaft erscheinen, denn was dem einen Epithele recht ist, das

scheint doch dem andern billig zu sein. Aber wer kennt denn heute die vitalen Beschaffenheiten des Tubularepitheles, wer weiss, was ihm schadet, was es intact lässt? Dass dies Epithel ganz andere Eigenschaften, eine ganz andere Physiologie besitzen muss, als das Epithel des Glomerulus, ist ja zweifellos und geht im vorliegenden Falle gerade daraus hervor, dass die Noxe, welche das optische Bild des Tubularepithels gründlich veränderte, in dieser Richtung das Glomerulusepithel gänzlich intact liess. Dass letzteres aber functionell nicht intact blieb, beweisen die Coagulationsmassen in den Kapseln, beweist der massige Eiweissgehalt des Urines während des Lebens.

Bacterien sind es nun diesmal wahrscheinlich nicht gewesen, denn diese wären der geschärften Aufmerksamkeit schwerlich entgangen. Wenn wir aber die Gallensäuren ähnliche Veränderungen machen sehen, dann ist die Vermuthung gestattet, es möchte irgend ein unbekanntes giftiges Zersetzungsproduct des Blutes im Spiele sein. Somit liesse sich über die vorliegenden Veränderungen der Niere vielleicht Folgendes sagen:

1) Das kranke Blut strömte durch die Glomeruli, es entstand eine sog. Glomerulonephritis, Eiweissaustritt, Austritt weisser Blutkörper;

2) aus dem Blute wurde ein unbekannter, aber sehr differenter Stoff ausgeschieden, der das Glomerulusepithel optisch intact liess, für das Tubularepithel aber eine schwere Schädlichkeit darstellte;

3) eine Entzündung der Interstitien trat nicht ein und wurden die Gefässe derselben von dem schädlichen Stoffe im Blute vielleicht nicht erreicht, weil er während des Durchströmens durch die Glomeruli das Blut verlassen hatte? Diese Auffassung wäre doch zu grob mechanisch. Oder sollen wir die Nephritis als eine unfertige auffassen, welche bei längerem Bestande des Lebens auch auf die Interstitien fortgeschritten wäre? Diese Idee wäre eher acceptabel;

4) es würde sich somit ein Parallelismus zu den Gallensäuren herausstellen, welche (unter andern) eine Veränderung der Niere zu Stande bringen, die besteht in Entzündung der Glomeruli einerseits, Absterben des Tubularepitheles anderseits. —

Jedenfalls zeigt der Fall eine Varietät der Nephritis, der in Zukunft mehr Aufmerksamkeit wird geschenkt werden müssen.

Sie wäre zu rangiren zwischen die reine Glomerulonephritis ohne Veränderung des Tubularepithels und die parenchymatöse oder hämorrhagische Nephritis mit den bekannten Epithelveränderungen der Tubuli. —

Das Vorstehende besteht aus einer Anzahl von Fragmenten, aus denen endlich die Ansicht aufgebaut werden soll, dass die ganze Krankheit eine Infection war — eine Infection durch ein unbekanntes Wesen, dessen optisches Bild im todten Zustande wir besitzen, aber auch nur dies, und dessen Biologie uns leider völlig unbekannt ist; dies ist auch der Grund, warum gerade die pathologisch-anatomische Seite der Sache so fragmentarisch ausfallen musste.

Im Vordergrunde steht die Affection der Stirnhöhlen; hier schon begegnet uns die ganz wesentliche Lücke, dass im Eiter der Stirnhöhle die Bacterien nicht mehr gefunden wurden.

Indess Ursache und das den ganzen Symptomencomplex beherrschende war die Meningitis externa und interna; es sind hier im dünnen Ventrikelexsudat die Bacterien constatirt. Wir stehen vor der zweiten grossen Lücke: Wie sind sie dahin gelangt? In diesem Falle können wir es nicht sagen. Man wäre geneigt am Zusammenhange zu zweifeln, stünden nicht andere Fälle zu Gebote, wo der Zusammenhang mit grösster Leichtigkeit ad oculos demonstrirt werden konnte.

Nun kommen gewichtige Indicien, welche für eine Infection der ganzen Blutmasse sprechen:

Das Blut ist dunkel, schmierig und dünnflüssig; Bacterien finden wir nicht oder nicht mehr darin, wobei wir mit tausend andern Fällen der verschiedensten Infectionen das gemeinsame Schicksal theilen.

Die Muskeln sind dunkel und trocken. In Pleura und Lunge finden sich Spuren einer schweren Gefässalteration, wie wir sie bei andern Infectionen bacteritischer Natur ebenfalls nicht vermissen.

Wir finden eine typische Milzschwellung. Endlich haben wir die oben signalisirte Nierenveränderung, welche offenbar das Analogon zu vielen andern Formen infectiöser und toxischer Nephritis bildet.

Wenn wir somit diese Meningitis eine infectiöse nennen, so haben wir dazu ungefähr das gleiche Recht, wie bei der Cerebrospinalmeningitis, an deren infectiösem Charakter Niemand mehr zweifelt. Und so wird es mit der Zeit mit allen Convexitätsmeningiten gehen, welche heute noch in ihrer Aetiologie unklar und als scheinbar spontan entstehende Krankheiten räthselhaft sind.

(Schluss folgt.)

Vereinsberichte.

Medicinische Gesellschaft in Basel.

Schriftführer für die Corresp.-Blatt-Referate Dr. *Daniel Bernoulli.*

Sitzung vom 5. Mai 1881.

Anwesend 16 Mitglieder.

Dr. *Baader* bringt selbstbeobachtete Fälle von Vergiftung durch Stechapfelsamen zur Kenntniss (vide Corr.-Bl. 1881, S. 613).

Dr. *Gönner* theilt seine Beobachtungen über das Vorkommen der engen Becken in der Gebäranstalt in Basel mit. Bei 2433 von 1868—1880 niedergekommenen Weibern in Basel fanden sich 193 (7,9%) enge Becken: worunter einfach platte 43, rhachitisch platte 49, allgemein verengte 32, gleichmässig verengte 45, osteomalacische 7. Basel nimmt damit eine Mittelstellung ein zwischen Bern, wo *Peter Müller* ausserordentlich viel enge Becken constatirte, und München, wo sie selten sind; hier ist es relativ häufig, wenn auch nicht in hochgradigen Formen. Dabei ist weder Cretinismus noch zwerghafter Körperbau als Ursache zu beschuldigen.

In der grössern Hälfte der Fälle war der Verlauf der Geburt immerhin ohne

Kunsthülfe möglich; am ungünstigsten verhält sich das platt rhachitische, am günstigsten das allgemein verengte Becken. Bei 89 Geburten wurden 128 Kunsthülfen gebraucht. 82 Mütter wurden gesund entlassen, 5 starben. Dauernd am Leben erhalten wurden von 20 Kindern nur 6. — Referent befürwortet möglichst ausgiebigen Gebrauch der künstlichen Frühgeburt, durch heisse Injectionen und Colpeurynter eingeleitet, weil hier kein Todesfall statthatte. Führt bei Geburten am normalen Ende der Schwangerschaft ein mässig energischer Zangenversuch nicht zum Ziel, so ist die Perforation am Platze: bei den Zangenoperationen sind Verletzungen der Mutter und des Kindes sehr häufig, — die Perforation opfert das Kind dem Leben der Mutter. Von 20 Perforationen starb nur 1 Frau, während alle übrigen bis auf 1 innerhalb eines Monats entlassen wurden; in München dagegen starben 22% der Mütter bei Perforationen.

Sitzung vom 2. Juni 1881.

Anwesend 22 Mitglieder und 3 Gäste.

Geschäftliches.

Prof. *Massini* bespricht 3 neuere Arzneimittel (vide Corresp.-Blatt 1881, S. 545).

Dr. *Beck* hat Quebracho blanco von Herrn *Stuckert* erhalten und bei 3 Emphysematikern ohne irgend einen Erfolg angewandt. Dagegen sah Dr. *Barth* bei 5 Fällen von Phthise einen Erfolg, mangelte ihn aber bei einem Asthmatiker. Dr. *Albrecht E. Burckhardt* führt die mangelhaften Resultate auf eine schlechte Qualität der Rinde und auf unrichtige Auswahl der Fälle zurück.

Sitzung vom 7. Juli 1881.

Anwesend 21 Mitglieder und 1 Gast.

Physicus Dr. *de Wette* spricht Worte der Erinnerung an den am 27. Juni verstorbenen Dr. *Daniel Ecklin*, Mitglied und Mitgründer der med. Ges. (vide Corr.-Bl. 1881, S. 694).

Geschäftliches.

Prof. *Roth* demonstrirt das Präparat eines Residuum des Ductus omphalomesentericus, bestehend in einem 2 cm. langen, nach unten gebogenen Fortsatz am Nabel bei einem 2 Wochen alten Knaben, in dessen Höhlung ein Catheter 4 cm. weit vorgeschoben werden konnte. Eine Untersuchung zeigte im Schleime, der aus der Tiefe geholt wurde, Amylum und Galle, constatirte demnach den Zusammenhang mit dem Darm. Referent macht die Bildungsweise des eigenthümlichen Divertikels klar und erklärt die Richtung desselben nach unten durch die Zerrung eines Stückes Mesenterium.

Derselbe weist ein congenitales Blasendivertikel vor, das sich bei einem Neugeborenen als halbkugelige Geschwulst unterhalb des Nabels präsentirte, cystenförmig der Harnblase aufsitzend. Der Urachus war normal. Als Ursache fand sich Atresie der Urethra vor, die auch Erweiterung der Harnblase, der Ureteren und der Nierenbecken zur Folge hatte und deren Bildung in die 2. Hälfte des 3. Fœtalmonates fällt.

Derselbe hält einen Vortrag über Gallensteinkrankheit (in extenso abgedruckt im Corr.-Bl. 1881, S. 513).



Sitzung vom 8. September 1881.

Anwesend 1 Ehrenmitglied, 23 Mitglieder und 2 Gäste.

Unser Ehrenmitglied, Herr Prof. *His* in Leipzig, macht Mittheilungen aus der menschlichen Entwicklungsgeschichte.

An der Hand einer grossen Zahl von prachtvollen Zeichnungen, photographischen Abbildungen und Wachsmodellen erläutert er die Configuration der Embryonen des ersten Monats, soweit solche bis jetzt bekannt sind; ausgehend von den 4wöchentlichen ca. 7 mm. langen Embryonen beschreibt er seine eigenen und die fremden Beobachtungen bis zu den jüngst bekannten Embryonen von ca. 2 mm. Länge herab. Es ist wichtig festzustellen, in wie weit man das zur Untersuchung kommende Material als normal anzusehen hat. Da dasselbe in der grossen Mehrzahl der Fälle aus Fehlgeburten stammt, sind pathologische Früchte sehr häufig, ja sie gelangen sogar weit häufiger als die normalen zur Beobachtung.

Eine gewisse Uebereinstimmung der Entwicklung der Eihüllen mit derjenigen des Embryo ist ein erster Anhaltspunct, an den man sich halten kann. Ferner ist der Conservationszustand in Betracht zu ziehen, da ein durchsichtiger Embryo mit gut abgesetzten Organgrenzen und mit gut erhaltenen histologischen Charakteren frisch ausgestossen sein muss, wobei die Wahrscheinlichkeit eher für Ausstossung in Folge von Erkrankung der Mutter als der Frucht spricht. Besonders wichtig aber ist die Uebereinstimmung der Beobachtungen unter sich. Es ist für den normalen Charakter eines Objectes entscheidend, wenn dasselbe mit einer Anzahl von anderen gut erhaltenen Objecten derselben Stufe übereinstimmt, und wenn sich dasselbe überdiess mit guten Objecten früherer und späterer Stufen in eine gute Reihenfolge bringen lässt. — Die Embryonen von 3—4 Wochen sind alle stark zusammengekrümmt, und zwar nach vorn, der Kopf ist vornübergebogen, das Beckenende desgleichen. In früherer Zeit ist der Embryo gestreckt, sogar mit dorsaler Concavität. Die Zusammenbiegung des Körpers nach vorn tritt ein bei Embryonen von ca. 3 mm. Länge, genau ist der Zeitpunct nicht festzustellen, da die in der Literatur bekannten Fälle sich nicht ohne weiteres in eine Reihe bringen lassen. Für die eine, wie für die andere Krümmungsrichtung ist entscheidend, dass die Anheftungslinie des Amnions an den Embryo kürzer ist, als dieser selbst. Ursprünglich bei noch gestreckterem Embryo gehört das Herz ausschliesslich dem Kopfende an, und es liegt vor den Schlundbogen desselben; später wenn sich der Kopf ventralwärts biegt, rückt das Herz in den Winkel zwischen Kopf und Rumpf. Durch eine Furche trennt es sich von den obern beiden Schlundbogen, und wenn später der Kopf sich wieder aufrichtet, folgt es demselben nicht mehr, sondern es bleibt nunmehr an der vordern Rumpfwand zurück.

Beim Menschen existirt sehr wahrscheinlich eine aus dem Körper herauswachsende gefässtragende Allantois nicht, sondern die primitive Verbindung mit dem Chorion wird gar nie gelöst und persistirt als dicker kurzer Stiel, während die epitheliale Allantois nur als ganz unbedeutendes Gebilde auftritt.

Sitzung vom 22. September 1881.

Anwesend 16 Mitglieder und 1 Gast.

Geschäftliches.

Prof. *Albert Burckhardt-Merian* verliest ein sehr umfängliches und eingehendes Referat über die obligatorische Krankenversicherung, das die Grundlage langer Discussionen bildete.

Sitzung vom 29. September 1881.
Anwesend 21 Mitglieder und 2 Gäste.

Dr. *Baader* demonstrirt das Präparat eines primären Schilddrüsencarcinoms. Der Träger, ein Seidenfärber, litt früher angeblich nicht an Kropf und stammte auch aus keiner Kropfgegend. Er bemerkte ein Jahr vor seinem Tode das rasche Wachsthum einer Kropfgeschwulst, welche mit internen Mitteln und mit Jodinjectionen vergeblich behandelt wurde. Eine Woche vor dem Tode bestand keine Dysphagie, wenig Husten, gelegentlich mässige Dyspnœ. Patient war immer wohl und gut genährt gewesen. Die Section erwies ein Cancroid der Schilddrüse; je ein seitlicher, gänseeigrosser Tumor, in welchem das Drüsengewebe fast gänzlich untergegangen ist, mit Wucherung in's Lumen der Trachea und mit beidseitiger Venenthrombose, jedoch ohne Infiltration der umgebenden Drüsen.

Fortsetzung und Schluss der Discussion über die obligatorische Krankenversicherung, wieder mit zahlreicher kritischer Betheiligung, deren Resultat der zur Berathung des Gesetzes aufgestellten Grossrathscommission mitgetheilt und auch durch Druck von der Gesellschaft aus sämmtlichen Grossräthen und andern Interessenten bekannt gegeben wurde (in extenso mitgetheilt im Corr.-Bl. 1881, S. 708, 746). —

Sonntags, den 9. October, fand der Gesellschaftsausflug nach Langenbruck statt. Das nasskalte Wetter verscheuchte viele Theilnehmer; die 5 Spaziergänger waren in äusserst gemüthlicher Stimmung.

Referate und Kritiken.

Die Manie.

Eine Monographie von Dr. *E. Mendel*, Docent in Berlin. S. 196. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1881.

Verfasser, der erst vor Kurzem eine gute Monographie über die Paralyse der Irren veröffentlichte, beschenkt das medicinische Publicum mit dieser neuen Arbeit. Schon in seiner Vorrede dazu begegnet ihm das Missgeschick zu bemerken, dass seit *Esquirol* 1818 keine ausführlichere Arbeit über diese Krankheitsform erschienen sei, während doch 1844 des unvergesslichen *Jakobi* grossartig angelegte und durchgeführte Bearbeitung der „Tobsucht" veröffentlicht wurde. Die Nichtkenntniss und daher Nichtberücksichtigung dieses Werkes von Seiten des Verfassers merkt man seiner Arbeit sehr an; er kann sich durch ein nachträgliches Studium des Werkes *Jakobi*'s überzeugen, dass Manches von diesem schon besser gesagt wurde, als er es selbst thut.

Was nun das Werkchen selbst betrifft, so finde ich im I. Cap. der historischen Einleitung von den frühern deutschen Psychiatern *Ideler*, von den lebenden *Meynert*, deren Ansichten und Definitionen der Krankheit mangeln, was bezüglich des letztern als ein grosser Mangel bezeichnet werden muss. Im Uebrigen ist der Verf. auf dem richtigen Standpuncte, die Manie als besondere Form der Geistesstörung aufzufassen.

Im Beginne des II. Cap. spricht er auf einmal von der „typischen Manie", ohne vorher den Leser über sein Eintheilungsprincip der Manie aufzuklären. Er nimmt bezüglich der Erscheinungsweise der typischen Manie 4 Stadien an, von denen ich nur bemerke, dass nach meiner Ansicht das 3. Stadium, das der Krankheitshöhe, vom Verf. Stadium des Furor genannt, richtiger mit den Symptomen begänne, die Verf. S. 17—20 schildert, die er aber noch in's 2. Stadium maniacale verweist. Dieser typischen Manie stellt dann Verf. als Varietäten: 1) die Hypomanie, 2) die hallucinatorische Manie und 3) die mania gravis gegenüber. Warum wiederum neue Namen für die gewohnten der

„Manie" und der „Tobsucht" in Form der „Hypomanie" und der „typischen Manie" eingeführt werden, hiefür mag der Verf. die Gründe selbst angeben. Die Mania gravis einfach mit dem Delirium acutum zu identificiren, dazu gibt der Stand dieser speciellen Frage jetzt noch keine Berechtigung; denn auch die Gründe, die *Jolly* gegen das Delirium acutum anführt, sind nichts weniger als geeignet zur Entscheidung der Frage. Dass ferner der Verfasser die mania transitoria hieher rechnet, ist, wie ich schon Andern gegenüber betonte, durchaus ungerechtfertigt, da dieselbe nicht zur Manie gehört, sondern eben doch eine besondere Form bildet. Bezüglich der periodischen Manie vermisse ich unter den Symptomen des Initialstadiums das Auftreten von fieberhaften Gastricismen mit intensiven Kopfschmerzen, die ich öfters beobachtete. Daneben ist es zu billigen, dass Verf. diese Fälle hier angereiht hat, da sie nicht zu den Degenerescenzzuständen gehören, wie ich auch manchen periodischen Maniacus im anfallfreien Stadium als durchaus geistig normalen Menschen kennen lernte. Dagegen möchte ich dem Verf. bezüglich Abschnitt III, p. 97, bemerken, dass es eben doch Fälle von Manie mit constant und hochgradig auftretendem bestimmtem Triebleben gibt, die die Aufstellung von Varietäten in dieser Richtung rechtfertigen. Im III. Cap. möchte ich das häufigere Vorkommen von Gefühlstäuschungen, wie von solchen des Geruchs und Geschmacks in dieser Krankheit betonen, wie auch das Auftreten des Hunger- und des Durstgefühls nach meinen Erfahrungen eine häufige Erscheinung ist. Die Frage der Polydipsie halte ich noch nicht in dem vom Verf. angegebenen Sinne für spruchreif. Wie Verf. pag. 125 die Schwindel- und Ohnmachtsgefühle zu den Störungen des Selbstbewusstseins rechnet, ist mir unverständlich. Seine Angaben über das Verhalten des Körpergewichts theile ich nach meinen Erfahrungen. Bezüglich des Cap. IV. glaube ich doch, dass im Grossen und Ganzen die ätiologischen Momente der Manie sich von denen der Melancholie nicht unwesentlich unterscheiden, möchte dagegen die sogenannte Puerperalmanie nicht einfach zur Manie rechnen, sondern viele, ja die Mehrzahl dieser Fälle in die „acute Verwirrtheit" reihen. Ob die Recidiven so selten sind, wie wir im V. Cap. pag. 155 lesen, bezweifle ich nach meinen Erfahrungen und möchte den „Ausgang in maniac. Verrücktheit" lieber „in secundäre Verwirrtheit" nennen. Der im VII. Cap. gegebenen Theorie der Manie als einer functionellen Hirnkrankheit, die durch die krankhafte Beschleunigung des Ablaufs der Vorstellungen und der krankhaft gesteigerten Erregbarkeit der motorischen Hirncentren charakterisirt ist, kann ich im Ganzen beistimmen. Im Cap. VIII vermisse ich die Anführung der nicht seltenen Uebergänge von agitirter Melancholie in Tobsucht. Bezüglich der Therapie (Cap. IX) möchte ich dem Verf. entgegen die nicht seltene, sehr günstige Einwirkung von Morphiuminjectionen bei Behandlung frischer Fälle betonen, in denen sie selbst manchmal eine coupirende Wirkung ausüben. Vom Hyoscyamin bin ich wieder abgekommen, da ich mehr schlimme als gute Wirkungen davon sah. Dagegen sah ich prophylactisch Opium bei Puerperalformen von günstiger Wirkung. Nicht theilen kann ich die völlige Vermeidung von Wein und Bier in der diätetischen Behandlung der Krankheit. Im Ganzen schätze ich die Arbeit des Verf., deren äussere Ausstattung sehr anzuerkennen ist, obwohl sie mancherlei Gutes enthält, dennoch weit geringer als seine Bearbeitung der Paralyse. Sie entspricht nicht den Anforderungen, die man an eine Monographie stellen muss. *L. W.*

Cantonale Correspondenzen.

Genf. Vierter internationaler Congress für Hygieine in Genf vom 4.—9. September 1882. Aufruf des Organisationscomité.

Geehrter Herr! Der zu Turin im Jahre 1880 versammelte dritte internationale Congress für Hygieine hat die Stadt Genf zum Sitze des vierten Congresses erwählt.

Der h. schweizerische Bundesrath, die Behörden und die Bevölkerung von Genf nahmen diese für ihr Land so ehrenvolle Wahl mit Freuden an. Sie bereiten sich vor, die in- und ausländischen Hygieiniker, welche diesem wissenschaftlichen Congresse beizuwohnen gedenken, auf das Beste zu empfangen.

Der Congress findet statt vom 4.—9. September 1882.

Das vom Staatsrath des Cantons Genf mit der Organisation des Congresses betraute

Comité hat sich das Ziel gesteckt, dass derselbe in Nichts hinter seinen Vorgängern in Brüssel, Paris und Turin zurückstehen soll.

Im Verein mit dem schweizerischen Nationalcomité lässt es diesen Aufruf an alle Diejenigen ergehen, welche durch ihre Beschäftigungen und Studien, ihre amtliche oder Berufsstellung, an den Fortschritten und der practischen Verwerthung der Gesundheitslehre irgendwie mitarbeiten.

Im Einvernehmen mit dem vom Congrès de Démographie zu Paris 1878 ernannten internationalen Ausschuss wurde beschlossen, dem diesjährigen Congress eine Section für Demographie (Bevölkerungsstatistik) beizufügen.

Das Comité spricht also den Wunsch aus, dass die Hygieiniker und Statistiker aller Länder am Genfer Congresse regen Antheil nehmen mögen. Dieselben können sich von heute an beim unterzeichneten Comité als Congressmitglieder einschreiben lassen. Sie erhalten sodann sämmtliche Veröffentlichungen desselben zugeschickt. (Siehe Art. 3 der Statuten.)

Das Organisationscomité bittet sämmtliche Theilnehmer, sowie die wissenschaftlichen Vereine und die Sanitätsbehörden, ihm möglichst bald Vorschläge zukommen zu lassen über die in dieser internationalen Versammlung mit Nutzen zu besprechenden Fragen.

Mehrere Arbeiten sind bereits angezeigt. Sobald deren Liste vollständig ist, wird sie das Comité bekannt geben und zugleich auf diejenigen Fragen aufmerksam machen, welche ihm ein besonderes Interesse zu bieten scheinen.

Vom 1.—30. September findet in Genf eine öffentliche Ausstellung von Schriften, Plänen und Zeichnungen, sowie Gegenständen aller Art statt, welche sich auf die verschiedenen Zweige der Gesundheitslehre und die Bevölkerungsstatistik beziehen.

Die in- und ausländischen Schriftsteller, Erfinder, Techniker und Fabrikanten sind gebeten, ihre Theilnahme an dieser Ausstellung so bald wie möglich anzumelden.

Das Comité wird sich bemühen, sowohl für die Mitglieder des Congresses als den Transport der zur Ausstellung bestimmten Gegenstände Ermässigungen der Eisenbahntaxen zu erlangen.

In der Hoffnung, geehrter Herr, dass dem vierten internationalen Congress für Hygieine die Ehre Ihrer thätigen Mitwirkung zu Theil werde, grüssen wir Sie hochachtungsvoll

Genf, Januar 1882. Für das Organisationscomité:

Der Präsident: Dr. *H.-Cl. Lombard.* Der Generalsecretär: Prof. Dr. *P.-L. Dunant.*

Alle auf den Congress bezüglichen Mittheilungen sind zu richten an Herrn Prof. Dr. *Dunant*, Generalsecretär des Congresses, in Genf.

Aus den Statuten: Art. 2. Zweck des Congresses ist die Vereinigung der Gelehrten aller Länder zu gemeinsamer Besprechung der auf die Fortschritte der Hygieine und die Interessen der öffentlichen Gesundheit bezüglichen Fragen.

Die hohen Regierungen, die städtischen und anderen öffentlichen Verwaltungsbehörden, die Universitäten, Academien und gelehrten Vereine, sowie die Gesundheitsämter und Medicinalcollegien werden hiemit aufgefordert, an diesem Congresse theilzunehmen und Delegirte auf denselben zu schicken.

Art. 3. Mitglieder des Congresses werden alle Aerzte, Hygieiniker, Apotheker, Chemiker, Physiker, Meteorologen, Ingenieure, Architekten, Pädagogen, Thierärzte, Mitglieder von Gesundheitsämtern etc., des In- und Auslandes, welche sich zur Theilnahme melden und den Beitrag von 20 Franken (16 Reichsmark) entrichten. Dieser Beitrag berechtigt unter anderem zum Empfang eines Exemplars der Congressverhandlungen. Die Entrichtung des Beitrags geschieht entweder im Voraus bei Anmeldung der Mitgliedschaft oder erst bei Einlösung der Congresskarte.

Die Herren Theilnehmer wollen gefälligst ihre Anmeldung beim Generalsecretariat in Bälde erfolgen lassen, damit ihnen die Veröffentlichungen des Comités zugesandt werden können. (NB. Um genaue und deutlich geschriebene Adresse, sowie um Angabe etwaiger Titel etc., wird dringend gebeten.)

Während des Congresses findet die Einschreibung und Kartenvertheilung an die Mitglieder statt: den 3. September von 12—5 Uhr, den 4. September von 9—12 Uhr, die folgenden Tage von 8—9 Uhr, im Sitzungslocale des Congresses (Universitätsgebäude).



Art. 4. Die Thätigkeit des Congresses erstreckt sich auf: Allgemeine und internationale Hygieine. Prophylaxis der epidemischen Krankheiten und Sanitätspolizei. Bevölkerungsstatistik und Medicinalstatistik. Hygieine der Berufsarten. Beziehungen der Hygieine zur Physik, Chemie, Baukunde und Ingenieurwissenschaft. Hygieine des Kindesalters, Schul- und Erziehungshygieine. Privathygieine (Nahrungsmittel, Trinkwasser, Fälschungen, Sinnesorgane etc.). Oeffentliche Hygieine (Stadt und Land, Hospitäler, Armeen etc.). Veterinärhygieine.

Die verschiedenen Verhandlungsgegenstände vertheilen sich auf eine Anzahl später zu bestimmender Sectionen.

Während des Congresses findet eine Ausstellung von auf Hygieine und Bevölkerungsstatistik bezüglichen Gegenständen und Veröffentlichungen statt.

Art. 5. Zur Auswahl der zu verhandelnden Fragen gewärtigt das Comité die Vorschläge der in- und ausländischen Hygieiniker, Gesundheitsbehörden und gelehrten Körperschaften. (Diese Vorschläge werden von jetzt an entgegen genommen.)

Art. 6. Jede Frage wird durch einen hiemit im Voraus bezeichneten Berichterstatter vorgetragen. Jedem solchen Berichte soll ein Résumé, resp. eine Anzahl von Schlusssätzen beigegeben werden, welche als Grundlage der Verhandlungen dienen können. Diese Schlusssätze werden, wo möglich, den Congressmitgliedern im Voraus mitgetheilt werden.

Art. 7. Mitglieder, welche über eine nicht im Programm stehende Frage eine Mittheilung zu machen wünschen, müssen wenigstens 14 Tage vor Eröffnung des Congresses dem Comité davon Anzeige machen. Letzteres beschliesst über Zulässigkeit und Reihenfolge dieser Mittheilungen.

Art. 8. Die Sitzungsprogramme und die Schlusssätze der Vorträge werden in französischer und deutscher Sprache zum Druck gelangen.

Art. 12. Ohne besonderen Beschluss der Versammlung (resp. Section) darf kein Redner in derselben Frage mehr als zweimal das Wort ergreifen. Die Maximaldauer der Vorträge, Mittheilungen, Abhandluugen und Berichte ist auf fünfzehn Minuten festgesetzt.

Art. 13. Alle im Congress, sowohl den Generalversammlungen als den Sectionssitzungen vorgetragenen Arbeiten sind sofort auf dem Bureau niederzulegen und von den Schriftführern in Verwahrung zu nehmen. Nach Schluss des Congresses nimmt das Organisationscomité sogleich sein Amt wieder auf, um den Congressbericht zu veröffentlichen. Das Comité allein hat über theilweise oder vollständige Aufnahme oder Nichtaufnahme jeder der einzelnen Arbeiten in dem gedruckten Congressbericht zu entscheiden.

Art. 14. Obwohl die französische Sprache für die Leitung der Verhandlungen als Regel gilt, sind doch die Mitglieder berechtigt, sich in anderen Cultursprachen auszudrücken. In diesem Fall wird, auf Verlangen, der Sinn ihrer Rede von einem der Anwesenden kurz wiedergegeben werden.

Organisationscomité in Genf. Präsident: Dr. *H.-Cl. Lombard*, Vicepräsident des internationalen Congresses für medicinische Wissenschaften in Genf, 1877. Vicepräsident: Dr. *J.-L. Prévost*, Professor der Heilmittellehre, Decan der medicinischen Facultät. Generalsecretär: Dr. *P.-L. Dunant*, Professor der Hygieine. Schriftführer: Dr. *A. D'Espine*, Professor der speciellen Pathologie; Dr. *G. Haltenhoff*, Privatdocent für Augenheilkunde. Mitglieder: Dr. *V. Gautier*, dirig. Arzt des Butinispitals; Dr. *Julliard* sen., emerit. Director des öffentlichen Gesundheitsamtes; *Denis Monnier*, Professor der biologischen Chemie; Dr. *Eug. Rapin*, ex-Präsident der ärztlichen Cantonalgesellschaft.

Schweizerisches Nationalcomité. Vertreter der Bundesbehörden. Herren Oberst Dr. *Ziegler* in Bern, Oberfeldarzt der Armee; Dr. *Kummer* in Bern, Director des eidg. statist. Bureau's; Prof. *Lasius* in Zürich, Prof. der Architectur am eidg. Polytechnicum; Dr. *F. Schuler* in Mollis, eidg. Fabrikinspector; Oberst *Zangger* in Zürich, eidg. Oberthierarzt; Dr. *Sonderegger* in St. Gallen, Vicepräsident der eidg. Sanitätscommission und Präsident der schweiz. Aerztecommission; Prof. Dr. *A. Burckhardt-Merian* in Basel, Schriftführer der schweiz. Aerztecommission; Prof. Dr. *A. D'Espine* in Genf, Mitglied der eidg. Sanitätscommission und der schweiz. Aerztecommission; Dr. *Ph. de la Harpe* in Lausanne, Mitglied der eidg. Sanitätscommission und der schweiz. Aerztecommission; Dr. *J. J. Kummer* in Aarwangen, Mitglied der eidg. Sanitätscommission und der schweiz. Aerztecommission;

Dr. *Lotz* in Basel, Mitglied der eidg. Sanitätscommission; Dr. *A. Steiger* in Luzern, Mitglied der schweiz. Aerztecommission; Dr. *Zehnder* in Zürich, Mitglied der eidg. Sanitätscommission und der schweiz. Aerztecommission; Dr. *Castella* in Freiburg, Suppleant der schweiz. Aerztecommission.

Vertreter der Cantonalanstalten und Behörden. Canton Aargau: Dr. *Schauffelbüel*, Mitglied der cantonalen Sanitätscommission; Dr. *Zürcher* in Aarau.

Canton Appenzell: Dr. *Schläpfer* in Herisau, Secretär der Sanitätscommission.

Canton Basel: Dr. *F. Göttisheim*, Docent der Hygieine, eidg. Ständerath; Dr. *Lotz*, Physicus; Dr. *J. Piccard*, Prof. der Chemie, offic. Staatschemiker; Dr. *Th. Rippmann*, Vorstand der ärztl. Gesellschaft von Baselland; Dr. *Aug. Socin*, Prof. der Chirurgie.

Canton Bern: Dr. *E. Bourgeois*, Präsident des Sanitätscollegium; Dr. *Ad. Christener*, Mitglied der städtischen Sanitätscommission; Dr. *Ch. Girard*, Secretär des Sanitätscollegium; Dr. *Th. Kocher*, Prof. der Chirurgie; Dr. *Lichtheim*, Prof. der innern Medicin; Dr. *Pflüger*, Prof. der Augenheilkunde; Dr. *Al. Wyttenbach*, Präsident der städtischen Sanitätscommission.

Canton Freiburg: Dr. *Boéchat*, Mitglied der Sanitätscommission; Dr. *Castella*, Präsident der ärztl. Gesellschaft.

Canton Genf: *H. Bourrit*, Prof. der Architectur; *E. Briquet*, Ingenieur, Fabrikant von Heizungs- und Ventilationsapparaten; Prof. *D. Colladon*, Ingenieur, correspond. Mitglied der Académie des Sciences; Dr. *H. Gosse*, Prof. der gerichtlichen Medicin, Mitglied des Verwaltungsraths der Stadt Genf; *G. Moynier*, Präsident des internationalen Comité des rothen Kreuzes; *L. Soret*, Prof. der medicinischen Physik, Rector der Universität; Dr. *A. Vincent*, Director des öffentlichen Gesundheitsamtes.

Canton Glarus: Dr. *Fritzsche*, dirig. Arzt des Cantonsspitals, Mitglied der Sanitätscommission; Dr. *F. Schuler*, eidg. Fabrikinspector.

Canton Graubünden: Dr. *J. F. Kaiser*, Präsident des Sanitätsraths; Dr. *C. Kellenberger*, Vicepräsident des Sanitätsraths.

Canton Luzern: Dr. *Franz Brun*, Bezirksarzt; Dr. *Gust. Nager*, Bezirksarzt.

Canton Neuenburg: Dr. *E. Favarger*, Mitglied der Sanitätscommission; Dr. *L. Guillaume*, Vicepräsident der Sanitätscommission; Dr. *A. L. Roulet*, Regierungsrath.

Canton St. Gallen: Dr. *Ambühl*, Cantonalarzt; Dr. *Curti*, Regierungsrath, Präsident des Sanitätsraths; Dr. *Sonderegger*, Mitglied des Sanitätsraths.

Canton Schaffhausen: Dr. *Emil Joos*, Regierungsrath, Director der Sanitätsangelegenheiten; Dr. *Ritzmann*, Präsident der ärztl. Gesellschaft.

Canton Solothurn: Dr. *Aug. Kottmann*, dirig. Arzt des Bürgerspitals; Dr. *Lang*, Prof. und Rector der Cantonsschule.

Canton Tessin: Dr. *Carlo Papi*, Chirurg des Hospitals in Lugano; Dr. *Giovanni Reali*, Mitglied des eidg. Ständeraths.

Canton Thurgau: Dr. *O. Kappeler*, dirig. Arzt des Cantonsspitals in Münsterlingen; Dr. *C. Reiffer* in Frauenfeld.

Canton Waadt: Dr. *de Cérenville*, Chefarzt am Cantonsspital in Lausanne; Dr. *Marc Dufour*, Prof. der Hygieine, Arzt des Augenspitals; Dr. *Fr. Forel*, Prof. der vergleichenden Anatomie; Dr. *J. Morax*, Mitglied des Sanitätsraths; Dr. *Recordon*, Vicepräsident des Sanitätsraths.

Canton Wallis: Dr. *C. L. Bonvin*, Vicepräs. des Sanitätsraths; Dr. *Ladé* in Martigny.

Canton Zug: Dr. *Arnold* in Zug; Dr. *Hürlimann*, Präsident der ärztl. Gesellschaft.

Canton Zürich: Dr. *Horner*, Prof. der Augenheilkunde; Dr. *Oscar Wyss*, Prof. der Hygieine; Dr. *Zehnder*, Mitglied des Sanitätsraths.

Tessin. Lugano. Ich schreibe Ihnen bei offenem Fenster, während man draussen in Hemdärmeln boccia spielt. Das herrliche Wetter, welches uns im Januar niemals verlassen hat, dauert auch in diesem Monate fort, eine Thatsache, deren sich die Curgästecolonie, welche sich an den Ufern des Ceresio sonnt, wohl recht freuen wird.

Die Anregungen, welche noch in jüngster Zeit von verschiedener Seite gemacht wurden, um Lugano als climatischen Curort zur Blüthe gelangen zu lassen, haben sich allgemeiner Anerkennung zu erfreuen, aber man muss immerhin doch bedauern, dass hier die Initiative in dieser Richtung nur Wenigen überlassen bleibt.

Und doch unterliegt es keinem Zweifel, dass wenn nicht schon die bevorstehende

Frühlingssaison, doch jedenfalls die nächste Herbstcampagne beweisen wird, dass Lugano von nun an für das schweizerische Publicum erschlossen ist und eine der besuchtesten und auch beliebtesten Stationen werden wird.

Die Reise nach dem Tessin und speciell nach Lugano ist seit der epochemachenden Eröffnung des grossen Gotthardtunnels, welcher seit dem 1. Januar laufenden Jahres ununterbrochen dem Betriebe übergeben wurde, eben eine ganz andere geworden. Im verflossenen Monate hatte ich zweimal Gelegenheit, den Gotthardtunnel zu befahren und ich bin zur Ueberzeugung gekommen, dass die 33 Minuten lange Fahrt zu den angenehmsten ihrer Art zu zählen sei, so dass sich kein Kranker oder kein Reconvalescent mehr fürchten sollte, sich von nun an dieses bequemen und raschen Transportmittels zu bedienen. Nichts von den gefürchteten Nachtheilen ist zu constatiren. Keine übertriebene Wärme, kein Geruch, keine Störung seitens des Rauches, keine Erschütterung (im Gegentheil, mir scheint es, dass wir in den kleineren Tunnels anderer Bahnen einen viel grösseren Lärm und ein ausgesprocheneres Schaukeln vorfinden).

Die Luganeser treffen Anstalten, um die letzten Tage des Carnevals würdig zu feiern. Und als neuer Beweis, dass unsere Bevölkerung mitten in den Vergnügungen das Ohr und das Herz den trauernden Mitmenschen nicht verschliesst, ist die schöne Sitte aufzuführen, welche in Lugano und in den grössern Ortschaften unseres Cantones seit Jahren sich eingebürgert hat. Hier werden nämlich die Auslagen der Fastnachtsvergnügungen aus freiwilligen Beiträgen bestritten — das Ueberschüssige aber wird immer dem Comité für die armen scrophulösen Kinder zur Verfügung gestellt.

Ich behalte mir vor, später einmal, wenn ich Zeit finden werde, unsere Collegen etwas vertrauter zu machen mit dieser höchst interessanten und vortheilhaften Einrichtung, unsere armen scrophulösen Kinder in Seebäder zu senden.[1])

Für heute schliesse ich mit einer kurzen statistischen Notiz über die Wirksamkeit des grossen ospitale maggiore in Mailand im Jahre 1881.

Am 31. December 1880 befanden sich im Spitale 926 Patienten männlichen und 764 weiblichen Geschlechts. Während dem Jahre 1881 wurden aufgenommen 13,802 männlichen und 9650 weiblichen Geschlechtes. Es wurden also im Verlaufe des Jahres 25,142 Kranke behandelt.

Von den Aufgenommenen wurden 20,658 geheilt nach Hause entlassen; 2689 starben; 1800, das heisst 987 männlichen und 813 weiblichen Geschlechtes stunden am 31. December noch in Behandlung.

Die Mortalität der Aufgenommenen war 11,51%. Die Aufenthaltstage stiegen zur enormen Zahl von 714,346, so dass im Mittel jeder Kranke 28 Tage im Spitale blieb.

Die grösste Aufnahme wurde an einem Tage mit 106 Kranken erreicht; die geringste mit 11, die mittlere mit 64,25. Die grösste Zahl der an einem Tage Ausgetretenen war 197, die kleinste 15, die mittlere 56,58.

Die höchste Mortalität war 17, die geringste 0, die mittlere 7,36.

Wenn man das letzte Jahr mit demjenigen von 1880 vergleicht, so findet man, dass 746 Kranke mehr aufgenommen wurden.

Lugano, den 4. Februar 1882. Dr. *Giov. Reali.*

Zürich. Dr. *Joh. Ludw. Conrad Meyer-Hoffmeister* in Zürich, geb. den 17. Oct. 1807, gest. den 29. Nov. 1881.

Das Jahr 1881 schliesst für die zürcherischen Aerzte mit schmerzlichen Verlusten in ihrer Reihe; dem Hinschiede des Herrn Dr. *C. Meyer-Hoffmeister* am 29. November folgte nach wenigen Tagen der des Herrn Dr. *Rahn-Escher* nach, und nicht nur ihre Familien und Collegen, sondern weite Kreise von Mitbürgern müssen die Lücke schwer empfinden, welche der Tod zweier als Aerzte und Menschen so hervorragender Gesellschaftsglieder in ihnen zurücklässt.

Gerne wollen wir in kurzen Zügen den Lebensgang des Erstgenannten hier wiederzugeben suchen. Standen wir ihm auch im Leben nicht näher als anderen älteren Collegen, so galt er uns doch immer als ein leuchtendes Vorbild in der Hingebung an den ärztli-

[1]) Wir zählen auf diese uns hoch willkommene Mittheilung. Die Einrichtung von Sanatorien (Sommerfrischen, Höhencurorten, See- und Meerbädern, Wintercurorten) für kränkliche Kinder verdient unsere aufmerksamste Beachtung und wird dermalen von unserer Aerztecommission (Ref. Prof. *d'Espine* in Genf) genau studirt. Redact.



chen Beruf, und flösste er auch uns, wie wohl den meisten, die ihn kannten, durch seine äussere Erscheinung schon wie durch sein freundliches und dabei im besten Sinne des Wortes vornehmes Wesen Ehrfurcht ein.

Dr. *Conrad Meyer-Hoffmeister* stammte aus einer zürcherischen Aerztefamilie, sein Vater *Ludwig* (geb. 1782), sein Grossvater *Joh. Conrad* (geb. 1747) und sein Urgrossvater (geb. 1715) waren Aerzte gewesen. Dass der einzige Sohn des Spitalarztes *Ludwig Meyer* wieder sich dem ärztlichen Berufe widmete und eine ausgezeichnete allgemeine und medicinische Bildung erhielt, ist fast selbstverständlich.

Wohl hatte er das Unglück, die eigene Mutter schon in seinen ersten Lebenstagen zu verlieren, doch ward ihm in einer trefflichen Stiefmutter, Barbara geb. Pestalozzi, ein möglichst vollkommener Ersatz zu Theil: Eine Frau von ungewöhnlichem Verstand, concentrirte sie ihr ganzes Lebensinteresse auf die Erziehung dieses Stiefsohnes. Von seinem Vater wurde der Jüngling in's Studium der Anatomie eingeführt, früh schon an's Krankenbett mitgenommen und damals bereits die Vorliebe für Chirurgie in ihm geweckt und gepflegt, die ihn sein ganzes Leben hindurch nicht mehr verliess. Eine nicht zu unterschätzende Handhabe gewährte ihm hiebei das grosse väterliche Instrumentarium, wie auch sein Sinn für die geschichtliche Entwicklung der Medicin an einer schon vom Grossvater begonnenen Portraitsammlung von Aerzten günstigen Anhalt fand. Nach Absolvirung der Gymnasialstudien resp. des Collegii humanitatis betrat *C. Meyer* das zürcherische medicinische Institut, in welchem er von seinem 17. bis zum 20. Jahre die den Besuch einer eigentlichen Universität einleitenden Vorkenntnisse erwarb. Im Frühjahr 1827 reiste er nach Göttingen, und wurde dort im August des folgenden Jahres zum Doctor promovirt. Nun folgte eine ausgedehnte über drei Jahre dauernde Studienreise mit längerem Aufenthalt an den bedeutendsten Universitäten Europa's, gemeinsam mit seinem Freunde Herrn Dr. *L. v. Muralt*, durch eine sorgfältige Benützung des in Wien, Berlin und Paris damals gebotenen klinischen Unterrichtes je während mindestens einem halben Jahre wurde der ärztliche Horizont umfassender gestaltet, und durch den Aufenthalt in einer weiteren Reihe interessanter Städte von Italien, Frankreich, Deutschland, England und Holland eine weltmännische Bildung erworben, welche es in der Folge fast unerlässlich machte, nicht nur im ärztlichen Berufe, sondern auch in der bürgerlichen Wirksamkeit vielfach anregend und leitend voranzugehen.

Nach $4^1/_2$ Jahren kehrte Dr. *C. Meyer* wieder in seine Vaterstadt zurück und widmete sich von nun an der ärztlichen Praxis, in welcher er sich durch seine vielseitigen Kenntnisse und musterhafte Hingebung grosse Erfolge sicherte. In den Familien, deren Hausarzt er wurde, gewann er durch sein mildes und uneigennütziges Wesen treue Anhänglichkeit und Freundschaft, und ich selbst erinnere mich noch aus meinen Gymnasialjahren, wie oft ich in den Stuben, in welche ich etwa durch meine Schulcameraden hineinkam, das lithographirte Bild des angesehenen Arztes am Ehrenplatz angebracht fand. Im politischen Leben und Treiben hielt sich der Verstorbene von activer Bethätigung fern, obwohl er dasselbe mit Interesse beobachtete und dessen Wandlungen und Neuerungen vorurtheilslos aufnahm. Mit grossem Eifer dagegen versah er die zahlreichen öffentlichen Stellen, zu denen ihn das Vertrauen ärztlicher Behörden und Gesellschaften berief.

Viele Jahre hindurch war er Actuar, dann später Präsident der cantonalen ärztlichen Gesellschaft. Im Anfang seiner Berufsthätigkeit Adjunct des Bezirksarztes, daneben Stellvertreter des städtischen Armenarztes für die chirurgischen Fälle, wurde er noch zum Mitgliede des Sanitätsrathes ernannt, dem er vom Jahre 1844—1865 angehörte. Besonders lieb war ihm seine ärztliche Stellung am neugebauten Cantonsspital, dessen zweite chirurgische Abtheilung er unter dem Titel Secundararzt vom Jahre 1842—1867 leitete. Dabei war er vom chirurgischen Kliniker durchaus unabhängig und konnte über ein zahlreiches Beobachtungsmaterial verfügen. In den spätern Jahren, als mehrfache schwerere Erkrankungen seine Gesundheit erschütterten und die angestrengte practische Thätigkeit etwas zu mässigen zwangen, wandte sich Dr. *Meyer-Hoffmeister* mit vollem Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege zu und seiner Anregung vor Allem ist die Gründung der „Blätter für Gesundheitspflege“ durch die cantonale ärztliche Gesellschaft zu verdanken.

Schon früher, namentlich in der schweren Choleraepidemie des Jahres 1867, war er den städtischen Behörden mit Rath zur Seite gestanden und hatte die Erstellung öffent-

licher Speiseanstalten angeregt. Die literarische Thätigkeit des Verstorbenen beschränkte sich im Wesentlichen auf eine historisch-biographische Arbeit, „Die Aerzte Zürichs“, in den Neujahrsblättern zu Gunsten des Zürcher Waisenhauses anno 1871 und 1872, ferner auf die summarischen Monatsberichte in den oben genannten Blättern, überdies erfreute er öfter die Mitglieder der ärztlichen cantonalen Gesellschaft mit Vorträgen.

Unter den Collegen genoss Dr. *Meyer-Hoffmeister* hohe Achtung und wurde von Nah und Fern als Consiliarius beigezogen. Sein Auftreten war dem Kranken gegenüber milde, aber bestimmt und von grosser angeborener Würde. Er vergass über dem „Falle“ nie den Menschen. Gegen den beiziehenden Collegen wahrte er eine feine Rücksicht, welche gerade jüngere Aerzte wohlthuend ansprach.

Ueber das Wirken des Verstorbenen in gesellschaftlichen und bürgerlichen Kreisen ist hier nicht der Ort näher einzutreten, sicher ist, dass er nicht nur mit dem Worte, sondern auch in der That ein Menschenfreund war im vollen Sinne des Wortes.

Viele Jahre ruhiger gleichmässiger Arbeit waren dem trefflichen Manne beschieden, ohne grosse Stürme lebte er zufrieden seiner Familie und seinem Berufe, Ungemach mit philosophischer Gelassenheit ertragend. Gestattete ihm doch ein gütiges Geschick, in einem die väterliche Bahn aufnehmenden Sohne seine reichen Berufs- und Lebenserfahrungen niederzulegen und neue Frucht bringen zu sehen. So nahm er denn auch, schon durch zeitweise Kränklichkeit in den letzten Jahren vorbereitet, die unvermeidliche Auflösung der Kräfte gefasst entgegen, welche sich am 19. November 1881 unter den Erscheinungen einer Bronchitis einleitete und am 29. November sein Leben abschloss.

Der Hinschied des vor Kurzem noch rüstig scheinenden Greises kam immerhin unerwartet, wohl hätte man ihm noch Jahre ungestörter Wirksamkeit voraus gegeben. Zürich hat mit ihm das Muster eines edlen Menschen und unermüdlichen Arztes verloren, eines wahren Priesters der Humanität, wir Collegen werden sein Andenken als eines Vorbildes in unserem Berufe bewahren. *Rud. Meyer-Hüni.*

Acten und Erlasse.

Ueber ärztliche Zeugnisse zur Dispensation Wehrpflichtiger hat das schweizerische Militärdepartement an die Militärbehörden der Cantone den 11. Januar 1882 folgendes Schreiben erlassen:

In unserem Kreisschreiben vom 29. Mai 1879 (Militärverordnungsblatt 1879, pag. 52) haben wir den Modus erläutert, nach welchem mit den Arztzeugnissen solcher Wehrpflichtiger zu verfahren ist, welche aus Gesundheitsgründen schon vor dem Dienst um Dispensation von demselben nachsuchen.

Dieses Kreisschreiben, welches wir übrigens vollinhaltlich bestätigen, hat nur diejenigen Fälle im Auge, in welchen sich die Unmöglichkeit des Erscheinens bei der sanitarischen Eintrittsmusterung (Instruction vom 22. September 1875, § 25), sei es beim Corps, sei es bei der Besammlung des cantonalen Detachements (Kreisschreiben vom 18. September 1876) unzweifelhaft ergibt. In den meisten Cantonen wurden auch Zeugnisse, welche diese Unmöglichkeit nicht nachwiesen, correcterweise einfach zurückgewiesen; gefehlt wurde nur mitunter darin, dass man die Zeugnisse den Petenten offen zurückgab, statt sie von Neuem zu versiegeln, ein Verfahren, welches die Aerzte gegenüber ihren Patienten blosstellt und vermieden werden muss.

In einzelnen Cantonen dagegen wurden Zeugnisse dieser Art nicht zurückgewiesen, sondern einfach an den Schularzt übermittelt zu einer Zeit, wo es zu spät war, die unberechtigt ausgebliebenen Dienstpflichtigen noch einzuberufen. Wir heben hervor, dass auf diese Weise Leuten möglich wurde, sich der Dienstpflicht zu entziehen, welche wenige Tage vorher von den Untersuchungscommissionen als durchweg gesund erklärt worden waren.

Damit Ungehörigkeiten dieser Art nirgends mehr durch Mangel an klaren Vorschriften entschuldigt werden können, sind wir im Fall, unser Kreisschreiben vom 29. Mai 1879 durch folgende Vorschriften zu ergänzen:

1) Alle Aufgebotenen haben dem Einrückungsbefehle Folge zu leisten, es sei denn,

dass sie nicht ohne wesentliche Gefahr für ihre Gesundheit sich auf den Sammelplatz begeben könnten.

2) Wer in letzterem Falle sich befindet, hat den Beweis dafür durch ein unmittelbar vor der Corpsbesammlung (höchstens 2 Tage vorher) vom behandelnden Arzte ausgestelltes und versiegeltes Zeugniss zu erbringen. Alle früher eingesandten Zeugnisse sind zurückzuweisen, mit dem Bemerken, dass Petent einzurücken oder ein zeitlich nach obiger Vorschrift ausgestelltes Zeugniss beizubringen habe, die unter Art. 5 genannten Fälle vorbehalten.

3) Lautet das Aufgebot auf den Cantonshauptort, so hat der Petent das Zeugniss an die cantonale Militärbehörde zu senden, in allen anderen Fällen an den Besammlungsort an den Commandanten der Truppeneinheit, der Schule oder des Detachements und zwar spätestens am Tage vor dem Einrückungstag.

4) Die empfangende Stelle übergibt diese Zeugnisse früh am Einrückungstag dem Corps- oder Schularzte, beziehungsweise dem vom Oberfeldarzt bezeichneten Experten (Kreisschreiben vom 18. September 1876).

Der Arzt bezeichnet dem Commandanten zu Handen der cantonalen Militärbehörde diejenigen nicht Eingerückten, deren Zeugnisse das Ausbleiben nicht im Sinne von Art. 1 ausreichend begründen. In seinem Rapport über die sanitarische Eintrittsmusterung bezeichnet er sie speciell als solche.

Die Militärbehörde hat die sofortige Einberufung dieser Wehrpflichtigen anzuordnen. Werden sie beim Einrücken durch den Arzt als diensttauglich befunden, so sind sie angemessen zu bestrafen.

5) Nur die in Schulen commandirten Cadres, für deren Ersatz eventuell gesorgt werden muss, haben allfällige Dispensationsgesuche wegen Krankheit möglichst bald nach Empfang des Aufgebotes an die aufbietende Behörde einzusenden, unter Beilegung eines verschlossenen Arztzeugnisses.

Diese Gesuche werden durch diejenige Behörde erledigt, welcher die Erledigung eines anderweitig begründeten Dispensationsgesuches des Betreffenden zusteht (cantonale Militärbehörde oder Waffenchef). Ueber das ärztliche Zeugniss hat aber jedenfalls der Platzarzt, eventuell der Oberfeldarzt seinen Befund abzugeben und dasselbe ist im Falle des Entsprechens dem Arzte zuzustellen, welcher die sanitarische Eintrittsmusterung leitet, im Falle des Nichtentsprechens aber von der Behörde neu zu versiegeln und dem Petenten zur Eingabe bei der sanitarischen Eintrittsmusterung wieder zuzustellen.

In letzterem Falle ist immerhin zu erwägen, ob es nicht angezeigt ist, einen Ersatzmann auf's Piket zu stellen für den Fall, dass der Petent beim Einrücken als wirklich dienstuntauglich befunden wird.

Wir ersuchen Sie, den Truppen von diesen Verfügungen in den Einrückungspublicationen Kenntniss zu geben.

Schweizerisches Militärdepartement:
Hertenstein.

Wochenbericht.

Schweiz.

— **Condurango.** In seiner Inauguraldissertation theilt der Assistenzarzt der medicinischen Klinik in Basel, Herr Dr. *Alb. Hoffmann*, die im Basler Spitale gemachten Erfahrungen über die Wirkung der Condurangorinde bei Carcinom mit.

Ein historischer Ueberblick gibt uns in Verbindung mit der Literaturtabelle am Schlusse ein sehr anschauliches und vollständiges Bild der Einführungsweise und der bisherigen Erfahrungen über die Wirkung der Condurangorinde.

Vom 1. Januar 1871 bis zum October 1881 wurden 132 Fälle von carcinomatösen Erkrankungen auf die interne Abtheilung des Basler Bürgerspitales aufgenommen (61 M., 71 W.), im Alter von 21—85 Jahren, 78,70% in der Alterszone von 40—70 Jahren; 42 Fälle (von 132) im Magen allein und weitere 33 im Magen und andern Organen zugleich (zusammen 56,8% aller Fälle mit Betheiligung des Magens); allgemeine Carcinose 25; am häufigsten sodann in der Leber.

Eine Betrachtung der Tabellen über die Dauer der Krankheit spricht zu Gunsten

der Condurangorinde (doch ist die Zahl der mit Condurango behandelten und fertig beobachteten Patienten relativ klein, nur 20, gegen 108 ohne Condurango behandelte).

Mit Condurango behandelt: ungeheilt 10%, gebessert 40%, † 50%. Ohne Condurango behandelt: ungeheilt 25%, gebessert 9,1%, † 64,8%.

Der Condurangowein wird nach den Angaben von Herrn Prof. *Immermann* in folgender Weise dargestellt:

2,5 Ko. Cort. Condurango pulv. gross. wird mit 10 Liter kaltem Wasser in einem steinernen Topfe zwei Tage macerirt, die Flüssigkeit abgeseiht und der Rückstand mit derselben Quantität kaltem Wasser übergossen, auf freiem Feuer eine Stunde lang gekocht, erkalten gelassen und wieder colirt. Der Rückstand der Rinde wird nun mit 5 Liter spirit. vin. rectificatiss. übergossen, zwei Tage lang stehen gelassen und dann gepresst. Die abgelaufene spirituöse Flüssigkeit wird filtrirt, das Filtrat im Dampfbade erhitzt und der Weingeist abdestillirt. Der Rückstand wird den vereinigten wässrigen Auszügen beigemischt und das Ganze schliesslich zur Extractconsistenz eingedampft. Das erhaltene Extract wird in 2½ Liter Vin. Malac. gelöst, absitzen gelassen und endlich filtrirt. Das erhaltene Präparat schmeckt angenehm bitter und wird in der Regel von den Patienten auch längere Zeit hindurch gern genommen.

Die Dose ist 3 Caffeelöffel bis 3 Esslöffel täglich.

Es wird nur Condurango von Ecuador benützt, da die Cond. von Venezuela in Folge ihres pfefferartigen Geschmackes schlecht zu schlucken und schlecht zu ertragen ist.

Das Ergebniss der mitgetheilten 24 Krankengeschichten fasst *Hoffmann* in folgende „Schlussbemerkungen“ zusammen:

„I. Wir besitzen in den Condurangopräparaten durchaus kein unfehlbares Mittel gegen alle carcinomatösen Erkrankungen, sondern es werden hie und da völlige Misserfolge beobachtet.

Alle diese Erkrankungen beziehen sich auf multiple Carcinome, sechs davon sind Fälle von allgemeiner Carcinose.

II. In einzelnen Fällen ist ein directer Einfluss auf den Tumor zu constatiren.

Es scheint, dass die Einwirkung eine vorwiegend locale ist. Die 8 ersten Fälle betreffen den Oesophagus, die 2 folgenden den Magen, und im Fall II handelt es sich um ein Lebercarcinom mit fraglichem primärem Ausgangspunct. Für die locale Wirkung spricht ferner die in Fall XXI erwähnte äusserliche Anwendung des Condurangodecoctes.

III. Bei Carcinom des Magens und des Oesophagus werden das Brechen und Würgen, ferner die Schmerzen überaus häufig in günstiger Weise durch das Mittel beeinflusst.

IV. Der Appetit, die Verdauung und das Allgemeinbefinden der Kranken heben sich unter consequentem Gebrauche von Condurango. Die Besserung kann hie und da durch Steigen des Körpergewichtes direct nachgewiesen werden.

V. Die Condurangopräparate verdienen in allen Fällen von carcinomatöser Erkrankung als empirische Mittel dringende Empfehlung.“

Wir freuen uns über diese gut und klar mitgetheilten Beobachtungen, obwohl wir an die specifische Wirkung der Condurangorinde nicht glauben.

Wir haben kein entscheidendes Moment, das bei den Heilungen innerer, also nicht zur microscopischen Untersuchung kommender Krankheiten ihre wirkliche carcinomatöse Natur absolut sicherstellt. Der sehr interessante Fall von Dr. *Hägler* (pag. 16 ff., sowie diese Zeitschr. 1880, Juli) ist uns nicht vollkommen beweisend (Carcinom der vordern Muttermundslippe, Excision durch Prof. *Bischoff*, solide Narbe ohne Recidiv; später Cachexie, halbapfelgrosser Tumor in der vergrösserten Leber. Diagnose der Herren Proff. Dr. *Bischoff* und *Immermann* und Dr. *Hägler* auf Lebercarcinom; nach Condurango Schwund des Tumors, anhaltende Euphorie.)

Solche vereinzelte Heilungen sind ja unter den verschiedensten Behandlungsarten und Verhältnissen längst bekannt, ganz abgesehen von der Möglichkeit, dass die Leberschwellung und der Tumor doch nur mit Wahrscheinlichkeit können als carcinomatös bezeichnet werden.

Ich behandle z. Z. eine Frau, bei welcher Prof. *Horner* vor 4 Jahren einen carcinomatösen Bulbus und später ein faustgrosses Convolut carcinomatöser Achseldrüsen exstirpirte (an beiden Orten kein Recidiv). Er wies auf die Möglichkeit eines spätern Auf-

tretens eines Lebercarcinoms hin. Vor Jahresfrist begann das Abdomen zu schwellen; ich diagnosticirte eine Ovarialcyste, was die Punction bestätigte. Nach der Entleerung erholte sich die Pat. rasch und sehr wesentlich, und es ist mit grosser Wahrscheinlichkeit das Ovarialleiden nicht carcinomatöser Natur (kein Fieber, kein Schmerz, kein höckeriger Tumor; Leber frei).

Heilungen nach Exstirpationen äusserer Carcinome sind sodann nicht selten. Wir verweisen auf die in dieser Zeitschrift (1880, pag. 604 ff.) mitgetheilte reiche Statistik der Exstirpation der Brustdrüse (gewonnene grössere Lebensdauer bei malignen Fällen 9—21 Monate im Durchschnitt; Radicalheilungen, bis zu 13 Jahre post operationem beobachtet *(Socin)* und selbst bei Adhärenz an den Rippen und Infiltration der Achseldrüsen).

Sollte dann nicht der diätetische Einfluss des Spitales von wesentlicher Bedeutung sein und nach dem Austritte die durch eindringliche Belehrung bewirkte vermehrte Beobachtung einer rationellen Lebensweise? Der Patient weiss nun, was ihm fehlt, und hat gesehen und geübt, wie er leben soll.

In der Privatpraxis ist der bisher übliche hohe Preis der Condurangocur sehr hinderlich: unvermögliche Patienten müssen darben, um sich die nöthige Quantität vini condurauginis verschaffen zu können.

Doch theilt mir Herr Spitalapotheker *Grundler* mit, dass er 150,0 des nach oben angegebener Weise bereiteten Condurangopräparates für den Privatverkauf in der öffentlichen Apotheke nur auf Fr. 1. 75 (excl. Glas) taxiren würde.

Immerhin zeigt uns *Hoffmann* Resultate, die zu weitern Versuchen verpflichten. Unsere anderweitige innerliche Krebstherapie ist ja so trostlos! Würde es sich nicht der Mühe lohnen, eine Reihe von Parallelversuchen mit der von *Beneke* vorgeschlagenen und von *Esmarch* empfohlenen Krebsdiät (v. Corr.-Bl. 1880, p. 604) zu machen? *A. Baader.*

— **Militärsanitätswesen.** Dem Uebersichtstableau der eidg. Militärschulen im Jahre 1882 entnehmen wir die uns Aerzte interessirenden nachfolgenden Angaben:

Wiederholungscurse. a) Operationswiederholungscurse: Curs für ältere Militärärzte, deutsch, in Bern; Curs für ältere Militärärzte, deutsch, vom 30. Juli bis 18. August in Zürich; Curs für ältere Militärärzte, französisch, in Genf.

b) Ambulancedienst, Sanitätsvorcurse zu den Regiments-, Brigade- und Divisionsübungen: Feldlazareth II, Officiere und Unterofficiere der Ambulancen Nr. 7 und 10 und die Bataillonsärzte und Unterofficiere des 5. und 8. Inf.-Regiments und des Schützenbat. Nr. 2 vom 22. September bis 1. October in Yverdon; die Sanitätsmannschaft vom 25. September bis 1. October in Yverdon; Feldlazareth VI, Officiere und Unterofficiere des Feldlazareths Nr. VI (Ambulancen Nr. 27, 28, 29 und 30) und die Bataillonsärzte und Unterofficiere bei den Inf.-Bat. vom 30. August bis 8. September in Zürich; die Sanitätsmannschaft vom 2. bis 8. September in Zürich; Feldlazareth VIII, Officiere und Unterofficiere der Ambulancen Nr. 36 und 37 und die Bataillonsärzte und Unterofficiere der XV. Inf.-Brigade vom 24. August bis 2. Sept. in Landquart; die Sanitätsmannschaft vom 27. August bis 2. September in Landquart; Officiere und Unterofficiere der Ambulancen Nr. 38 und 39 und die Bataillonsärzte und Unterofficiere der XVI. Inf.-Brigade und des Schützenbat. Nr. 8 vom 13. bis 22. September in Landquart; die Sanitätsmannschaft vom 16. bis 22. September in Landquart.

Officiersbildungsschulen. Für französisch sprechende Aerzte und Apotheker vom 29. März bis 27. April in Genf; für deutsch sprechende Aerzte und Apotheker vom 17. Mai bis 15. Juni in Zürich; für deutsch sprechende Aerzte und Apotheker vom 2. bis 13. October in Basel.

Unterofficiersschulen. Für französisch sprechende Unterofficiersschüler vom 5. bis 27. April in Freiburg; für deutsch sprechende Unterofficiersschüler vom 24. Mai bis 15. Juni in Luzern; für deutsch sprechende Unterofficiersschüler vom 12. Juli bis 3. Aug. in Basel.

Spitalcurse. Vom 9. Januar bis 1. Juni und von Mitte November an in den Spitälern zu Genf, Lausanne, Freiburg, St. Immer, Bern, Luzern, Solothurn, Basel, Königsfelden, Schaffhausen, Zürich, St. Gallen, Herisau, Altorf, Chur und Lugano.

— **Perlsucht.** Im Interesse der Anfertigung einer möglichst genauen Statistik der auf Schweizergebiet vorkommenden Fälle von Perlsucht (Tuberculose) des

Milchviehs, bittet Unterzeichneter sämmtliche Herren Fachgenossen sowie die Herren Thierärzte um gefällige Mittheilung aller mit Sicherheit als Perlsucht anerkannter Fälle unter Angabe der Herkunft, der Race, des Alters, der Beschaffenheit des Stalles, der Art der Ernährung (Weidgang oder Stallfütterung) und allfälliger vorausgegangener Erkrankungen (Lungenaffectionen).

Es wird bei Verwendung der eingelaufenen Mittheilungen stets der Name des Einsenders beigefügt werden.

Neuenburg, den 3. Februar 1882. Dr. *Albrecht*, Arzt.

Genf. Sanitätsgesetz. Der Grosse Rath des Cantons Genf hat den von Prof. Dr. *Vaucher* eingebrachten „Gesetzesentwurf über die Ausübung der Heilkunde" besprochen.

In Genf war bis jetzt Jeder zur Ausübung der ärztlichen Praxis berechtigt, welcher ein Doctordiplom, dessen Qualität weiter nicht taxirt wurde, besass. Prof. *Vaucher* sucht dieser Misswirthschaft abzuhelfen und zwar durch folgenden § 1 seines Projectes: „Im Canton Genf kann Niemand irgend einen Zweig der Heilkunde ausüben, der nicht hiezu vom Staatsrath autorisirt wurde. Die Ermächtigung des Staatsrathes wird nur auf eine erfolgreich bestandene Fähigkeitsprüfung hin ertheilt, sowie auch auf vom Petenten vorgelegte officielle Titel oder Diplome, welche ausweisen, dass er als Arzt oder Thierarzt von einer Universität oder einer Fachschule patentirt wurde, deren Diplome zur vollen Ausübung der Heilkunde in dem Lande berechtigen, in welchem sie ertheilt wurden, immerhin nur unter der Voraussetzung, dass diese Staaten den Diplomen der medicinischen Facultät in Genf Gegenrecht (Reciprocität) halten. Vorbehalten bleiben die sachbezüglichen Verfügungen der eidgenössischen Gesetze und Reglemente."

§ 2. „Die Diplome der medicinischen Facultät von Genf berechtigen unmittelbar zur Ausübung der Heilkunde."

In der Discussion machte *Pictet* zwei Einwendungen und zwar eine formale, deren Richtigkeit ausser Zweifel steht. Er betonte, dass das sachbezügliche eidgenössische Gesetz vom 19. December 1877 die Frage wesentlich anders gestalte. Die Besitzer des **eidgenössischen** Fähigkeitsausweises haben ohne Weiteres das Recht, in Genf zu practiciren, und der Genfer Staatsrath kann nur den Ausweis des Besitzes jenes Diplomes verlangen resp. controliren.

Wir begreifen in der That nicht, warum der Genfer Grosse Rath, der den Paragraph in zweiter Lesung unverändert annahm und das Amendement *Pictet*'s ablehnte, nicht einfach denselben, allein richtigen Weg betrat, welchen Basel, St. Gallen, Graubünden, Zürich etc. eingeschlagen haben, indem sie bestimmen: In Basel, St. Gallen, Graubünden, Zürich etc. darf nur practiciren, wer ein eidg. Diplom (Fähigkeitsausweis) besitzt oder ein vor Einführung der eidg. Medicinalprüfungen gültiges Concordats- oder cantonales Diplom, d. h. es fallen für diese Cantone die cantonalen Prüfungen selbstverständlich und naturgemäss weg, während Genf das Facultätsexamen quasi vor das eidg. Staatsexamen stellen will. Und doch ist Genf ja auch eidg. Prüfungssitz! Warum nicht einfach das eidgenössische Gesetz, das die Frage klärt und regelt, gelten lassen? Warum die separate Kleinstaaterei? Wir hätten gerne gehört, dass sich die Genfer medicinische Gesellschaft auf diese höhere eidgenössische Warte gestellt und ihr zum Siege verholfen hätte.

Herr *Pictet* war dann aber auch sachlich nicht mit der Tendenz des Paragraphen einverstanden. Er befürchtet, dass seine Ausführung die Genfer Mediciner verhindere, auswärts zu studiren, und dass der Zufluss von Aerzten, die sich auswärts ausgebildet haben, neue Anschauungen, andere Methoden mitbrächten, gehemmt würde. Die Reciprocität sei nur eine Protection der Genfer medicinischen Facultät, aber dem Volkswohle zuwider.

Prof. Dr. *Vaucher* und Dr. *Vincent* widerlegten diese Bedenken gründlich. In der That sehen wir ja auch, dass z. B. unsere Basler Mediciner ausnahmslos einen Theil ihrer Studien vor dem Fachexamen auswärts machen und nach demselben auswärts fortsetzen.

Das Gesetz wurde in dritter Lesung unverändert angenommen.

Ausland.

Deutschland. Chinolin. An antipyretischen Präparaten haben wir zwar keinen Mangel, und doch werden in unserer gegen Sepsis und Fieber kämpfenden Zeit immer

neue Versuche gemacht, Surrogate für unsere schlecht schmeckenden, magen- und sinneverwirrenden und überdiess meist theuern Febrifuga zu finden. So wurde neuerdings Chinolin geprüft, und die günstigen Resultate ziehen allerorten die Aufmerksamkeit der Aerzte auf sich. — Chinolin wurde zuerst 1834 aus Steinkohlentheer und aus *Dippel*'schem Thieröl dargestellt und Leukolin genannt; 8 Jahre hernach gewann es *Gerhardt* durch Destillation von Chinin, Cinchonin, Strychnin u. s. w. mit Kalihydrat; in neuester Zeit stellte es *Skraup* auch synthetisch dar durch Erhitzen von Anilin oder Nitrobenzol mit Glycerin bei Gegenwart eines wasserentziehenden Mittels. Es ist eine ölige, bewegliche, farblose, aber im Lichte nachdunkelnde, stark lichtbrechende Flüssigkeit, bei 228° C. siedend; die freie Base löst sich in Wasser kaum, leicht aber in Alcohol, Aether u. s. w.; mit Säuren bildet sie zerfliessliche, schwer krystallisirbare Salze. Nur das weinsaure Salz ist lufttrocken, in Wasser und Weingeist leicht löslich, in Aether unlöslich; es riecht aromatisch nach bittern Mandeln und schmeckt brennend bitter; es wurde nach zahlreichen Versuchen zunächst von Dr. *Jul. Donath* in Ungarn als Antipyreticum und Antisepticum empfohlen.

Das salzsaure Chinolin verhindert in 0,2% Lösung die Fäulniss des Harnes, des Leimes, die Milchsäuregährung; in 0,4% hemmt es die Fäulniss des Blutes vollständig und verzögert in hohem Grade die Gerinnung der Milch; in 1% vernichtet es die Gerinnungsfähigkeit des Blutes. Auch physiologisch wirkt es analog dem Chinin: es macht leicht Uebelkeit und Magendrücken, verursacht aber weder Ohrensausen noch Schwindel; es setzt die Temperatur herunter; in grossen Gaben lähmt es durch Einwirkung auf die Medulla oblongata die Respiration und Circulation sowie Bewegung und Reflex; im Harne erscheint es nicht mehr als solches.

In erster Linie liegen uns die therapeutischen Mittheilungen von Dr. *Leopold Loewy* in Fünfkirchen vor, der 40 Fälle, worunter 30 mit Intermittens und 7 mit typischen Trigeminusneuralgien, ausschliesslich mit Chinolinum tartaricum behandelt hatte und nun 28 dieser Fälle mehr oder weniger ausführlich mittheilt. *Loewy* lässt 3 Stunden vor dem Anfall 1 grmm. auf 2—3 Mal nehmen, sodann die 2 folgenden Tage je 0,5 ebenfalls 3 Stunden vor der Zeit des Anfalls; Kindern von 4—8 Jahren die Hälfte. Die Durchsicht der Krankengeschichten ergibt sehr zufriedenstellende Resultate; die Anfälle hören auf, die Milz verkleinert sich, und das Aussehen des Patienten bessert sich. *Loewy* stellt das Mittel dem Chinin an die Seite, entbehrlich macht es dasselbe wohl nicht. In einzelnen Fällen wurden die Anfälle nicht gänzlich coupirt; aber dies findet sich, wie auch die Magenreizung, welche bei empfindlichen Personen oft zum Erbrechen sich steigert, ja gerade bei Chininbehandlung der Malaria ebenfalls öfter. — Die klinischen Versuche von Dr. *Sakowsky* in Petersburg bestätigen diese schönen Resultate bei Wechselfieber und constatiren, dass die Temperatur mindestens ebenso stark wie bei Gebrauch von Chinin herabgesetzt wird.

Die angeführten Krankengeschichten berechtigen zu den schönsten Hoffnungen, das Chinolin werde sich, bei seinen vielen übrigen Analogien mit Chinin, auch bei den anderweitigen Indicationen des Chiningebrauches bewähren als Antipyreticum, namentlich bei Typhus, und als sensibilität- und reflexherabsetzendes Mittel. — Aeusserlich ist das Chinol. pur. bei der antiseptischen Behandlung der Zahncaries und in 0,7% Lösung bei Mundkrankheiten angewandt worden.

Dosis 0,5—1,0 Ch. tart. 12 Mal täglich, am besten in Oblate, oder in 1% stark versüsster Lösung; bei Brechreiz Eisstückchen oder Citronensaft. Der Preis des Chinol. tart. stellt sich etwa 5 Mal billiger als der des Chinin.

(Pharmaceutische Centralhalle Nr. 44, 1881. — „Wiener med. Presse" Nr. 39—42, 1881. — Pharm. Ztg. *Loewy* in Nr. 84, 1881.)

D. Bernoulli.

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 26. Januar bis 10. Februar 1882.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Von Rötheln sind einige Fälle aus Grossbasel angezeigt.

Varicellen kommen verbreitet vor; angezeigt sind 14 Fälle (6, 9, 13).



Von Scharlach sind 26 Erkrankungen angemeldet (35, 20, 29), welche sich auf sämmtliche Districte vertheilen. — Typhus 5 neue Anmeldungen (3, 7, 3), wovon 3 aus Kleinbasel; vom 11. Januar bis 10. Februar beläuft sich also die Zahl der Anzeigen auf 8 gegen 239 im gleichen Zeitraum des Jahres 1881. — Hals- und Rachenbräune weisen 42 Erkrankungen auf (27, 23, 25), meist auf dem Nordwestplateau, im Birsigthale und in Kleinbasel. — Erysipelas tritt in allen Stadttheilen auf, angemeldet sind 18 Fälle (7, 8, 10). — Von Pertussis sind nur vereinzelte Anmeldungen aus Kleinbasel. — Verbreitet in allen Districten wird Parotitis beobachtet, angezeigt sind im Ganzen 14 Fälle (15, 11, 8). — Puerperalfieber 7 Erkrankungen (5), wovon 6 in Kleinbasel bei verschiedenen Hebammen.

Briefkasten.

Herrn Dr. *Schnyder*: Mit bestem Danke erhalten. — Herrn Prof. *O. Wyss* in Z.: Besten Dank für die freundliche Auskunft. — Herrn Dr. *Weinmann* in W.: Besten Dank für die freundl. Zusendungen. Herzl. Grüsse. — Herrn Dr. *Landolt*, Paris: Du darfst nun sagen: Veni, vidi, vici. Frdl. Grüsse.


SAINT-RAPHAËL

Prämiirt Lyon 1872, Wien 1873, Paris 1878 Silberne Medaille.

Saxlehner's Bitterquelle
Hunyadi János

durch **Liebig, Bunsen, Fresenius** analysirt, sowie erprobt und geschätzt von medizinischen Autoritäten, wie **Bamberger, Virchow, Hirsch, Spiegelberg, Scanzoni, Buhl, Nussbaum, Esmarch, Kussmaul, Friedreich, Schultze, Ebstein, Wunderlich etc.** verdient mit Recht als das

Vorzüglichste und Wirksamste aller Bitterwässer

empfohlen zu werden. — Niederlagen sind in allen Mineralwasserhandlungen und den meisten Apotheken, doch wird gebeten stets ausdrücklich **Saxlehner's Bitterwasser** zu verlangen.

Der Besitzer: **Andreas Saxlehner, Budapest.**

PERMANENT-INHALATION durch die Nase allein. — Mit **Dr. Feldbausch's Inhalir-Apparat** kann man beliebige Zeit, bei jeder Beschäftigung und während des Schlafens inhaliren ohne jede Unbequemlichkeit. Preis des Apparats allein 1 Fr. 50, des compl. Apparats 2 Fr. 50. Zu beziehen durch die Apotheken und Fabr. chir. Instr. Depots en gros in der Schweiz: **Pharmacie Kampmann, Genf,** und **C. F. Hausmann, Hechtapotheke, St. Gallen.**

Cognacs Véritables

von E. Remy Martin & Co., Cognac (Château de Lignères, Rouillac, Charente).

Gegründet im Jahr 1724.

Wir haben den Verkauf unserer Cognacs für die ganze Schweiz

Herrn Alfred Zweifel in Lenzburg

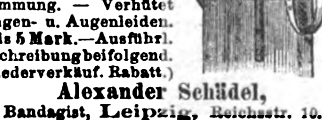
übergeben, an welchen alle Anfragen für Preise und Muster, sowie Bestellungen gefl. zu richten sind. — Versandt in Gebinden und Flaschen. — Annoncentableaux gratis.



D. R. P.
No. 17328.

Geradehalter
für Schulkinder

nach Angabe des Sanitätsrath Dr. Fürst, Docent an der Universität u. Dir. der Kinderpoliklinik zu Leipzig. Einfach anwendbare, nach hygien. Grundsätzen construirte Vorrichtung zur Erzielung schöner, natürl. Haltung b. Arbeiten. — Verhindert Druck auf d. Brust u. Rückenkrümmung. — Verhütet Lungen- u. Augenleiden. Preis 5 Mark.—Ausführl. Beschreibung beifolgend. (Wiederverkäuf. Rabatt.)



[M 1896 L]

Alexander Schädel,
Bandagist, Leipzig, Reichsstr. 10.

Die
Basler Nachrichten

erscheinen wöchentlich sechsmal in grösstem Format. — Jährlich Fr. 17. 20, halbjährlich Fr. 8. 70, vierteljährlich Fr. 4. 50, franco durch die Post in der ganzen Schweiz. — Bestellungen nehmen zu Anfang jeden Vierteljahres alle Postbureaux entgegen.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. $1^1/_2$—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die zweisp. Zeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N°. 5. XII. Jahrg. 1882. 1. März.

Original-Arbeiten.

Zur Casuistik der Meningitiden.

Von Prof. Dr. **Huguenin** in Zürich.

(Schluss.)

II.

Chronische Meningitis der Basis mit Hydrocephalus.

J. R., Sattler, 64 Jahre alt, von Stäfa. Aufgenommen 23. November 1881, gestorben 1. December 1881.

Eltern des Patienten starben beide an Phthisis pulm., desgleichen ein Bruder und zwei Schwestern, ein Bruder starb an Variola.

Bis 1860 soll Pat. leidlich gesund gewesen sein; damals bekam er einen heftigen Husten, hie und da mit blutigem Auswurf, sonst mehr mit schleimeitrigem. Daneben viel Dyspnœ und diese Affection soll $1^1/_2$ Jahre gedauert und sich dann gebessert haben. 1862 bekam er einen heftigen Typhus, wobei er 12 Wochen lang das Bett hüten musste. Bis vor 2 Jahren hatte er dann gar keinen Husten mehr und war gesund, mit Ausnahme eines Leidens im Kopfe, welches schon von ca. 8 Jahren herdatiren soll.

In dieser ganzen Zeit bekam er häufig Kopfschmerzen in der Scheitelgegend, die allemal ca. einen Tag dauerten.

Dann, und zwar auch seit ca. 8 Jahren, wurde ihm bei der Arbeit öfters schwindlig, drohte zu fallen, musste dann allemal in's Bett gebracht werden, wo er einen bis zwei Tage verblieb. Kopfweh oder Störung der psychischen Functionen war bei diesen Anfällen nicht vorhanden. Von seiner Tochter wird ferner angegeben: Er litt von Jugend auf zeitweise, namentlich wenn er etwas Schweres den Berg hinauf tragen oder schieben musste, an eigenthümlichen Anfällen: Er fiel um und war $^1/_4$ Stunde bewusstlos, wusste aber recht gut, dass er zu Boden gefallen und eine zeitlang liegen geblieben sei.

Auf seine Intelligenz hatten diese durchaus räthselhaften Störungen keinen Einfluss, namentlich wird sein vortreffliches Gedächtniss hervorgehoben, Potator war er nicht. Auf dem linken Ohre soll er seit geraumer Zeit sehr schlecht hören, doch war nie eine auffallende Erkrankung des Ohres vorhanden.

Seit 2 Jahren nun besteht wieder Husten und zwar in intensivem Grade; namentlich am Morgen sehr starke Hustenanfälle, so dass es sehr häufig am Morgen zum Erbrechen kam, welches aber nie besonders auffallende Substanzen zu Tage förderte. Es soll aber auch während des Tages im Anschluss an den Husten hie und da Erbre-

chen aufgetreten sein. Auch dies störte im Allgemeinen das subjective Wohlbefinden nicht sehr erheblich, namentlich waren Schlaf und Appetit ordentlich, dagegen immer Neigung zu Obstipation.

So war die Sache bis vor 14 Tagen. Am 11. November begann die jetzige Krankheit und zwar kam der Mann am Abend heim, klagte über grosse Müdigkeit und hatte in der Nacht darauf einige Male Erbrechen; schon den Tag vorher hatte er bei der Arbeit einige Male gebrochen, dazu gefroren und klagte über Kopfweh. Dies dauerte an, Pat. war deswegen schlaflos und verlor den Appetit gänzlich; dazu ganz ausserordentliche Müdigkeit, so dass Pat. vom 16. an bettlägerig wurde und es seitdem blieb. Vom 15. an wurde eine Veränderung in seiner Intelligenz beobachtet, er fing an, zeitweise irre zu reden, verstand seine Umgebung nicht, war gänzlich schlaf- und appetitlos, kein Erbrechen mehr.

Dieser Zustand dauerte an bis zum 20. November. Mittags 12 Uhr wurde der Kranke auf einmal still, schloss die Augen, schien ohne Besinnung und verharrte in diesem Zustande bis zum 21. Morgens 4 Uhr. Dann fing er wieder an Bewegungen zu machen, wobei man sah, dass r. Arm und r. Bein gelähmt waren. Vom 21. Morgens 4 Uhr an fing Patient an sich wieder zu regen und zu sprechen; doch war seine Sprache langsam und ungeschickt, der Zustand der Intelligenz war der gleiche, er war unbesinnlich und delirirte. Am 21. Abends trat auf einmal die Beweglichkeit der rechten Körperseite wieder ein.

Seit Beginn der letzten Krankheit soll Fieber vorhanden gewesen sein. Seit 10 Tagen ist der Husten beinahe ganz verschwunden, Pat. hat auch seit 10 Tagen kaum etwas gegessen, nur etwas Wein getrunken. Seit ca. 5—6 Tagen Urin beständig in's Bett. Diese Anamnese, von der Tochter aufgenommen, ist wahrscheinlich lückenhaft und unvollständig; ärztlich beobachtet wurde Pat. blos zu der Zeit, als er die Lähmung bekam. Ueber die frühere Zeit existiren keine ärztlichen Angaben.

24. November. Status praesens. Seniles Individuum, Abmagerung, Muskulatur schlecht, schlechter Ernährungszustand.

Pat. war die ganze Nacht sehr unruhig, schwatzte constant, wollte oft zum Bette hinaus. Die gleiche Unruhe existirt jetzt noch, die Arme sind in beständiger Bewegung, Zupfen an der Decke herum, Herumfahren in der Luft, Manipulationen, die mit seinem Berufe im Zusammenhang stehen und dergl.

Dabei beständiges, aber ungeordnetes und oft unverständliches Schwatzen, häufiges Fluchen; Aufregung, sobald man ihm etwas in den Weg legt. Eine Unterhaltung ist unmöglich, es gelingt kaum, seine Aufmerksamkeit zu fixiren, Pat. versteht nicht, hat keine Vorstellung von seiner Umgebung und weiss nicht, wo er sich befindet; ein Delirium, das an ein meningitisches anklingt.

Nimmt man den Kranken zum Bette hinaus, so kann er ohne Unterstützung weder gehen noch stehen, stützt man ihn, so bringt er einen schwächlichen, schwankenden Gang zu Wege; es existirt eine Tendenz zum Rückwärtsfallen, und es ist sicher zu constatiren, dass das rechte Bein etwas schwächer ist, als das linke.

Weitere sichere nervöse Symptome existiren nicht; beide Arme werden gleichmässig bewegt und der Händedruck ist beidseits gleich, aber schwach.

Im Gesichte fehlen motorische Innervationsstörungen. Kein Strabismus, keine Ptosis, Facialis nichts, Zunge wird gerade herausgestreckt. Pupillen etwas enge, gleich, die Reaction ist ordentlich. Keine Nackenstarre, dagegen fällt bei den Armen bei passiven Bewegungen ein bedeutender Widerstand auf (reflectorische Muskelstarre). Schluckreflex gut. Bauch von ungefähr normaler Grösse, kein Kahnbauch.

Ueber die Sensibilität kann nichts ausgesagt werden. Gröbere Eindrücke werden beidseits percipirt, Hyperästhesie existirt nicht. Patient hat Kopfweh, wie aus seinen Bewegungen (häufiges Greifen an den Kopf) mit Sicherheit hervorgeht.

Organe: Rigider Thorax. Die Untersuchung muss bei dem renitenten Wesen des Patienten unvollkommen bleiben; eine wesentliche Dämpfung wird nicht gefunden.

Wesentliche Abweichungen vom normalen Athemgeräusch ebenso wenig, nirgends Bronchialathmen, keine Rasselgeräusche.

Herz: Gestalt, Grösse, Lage normal; Töne leise, undeutlich, dumpf, kein deutliches Geräusch.

Milz und Leber nichts.

Abdomen nichts.

Mässiges peripheres Atherom der Arterien.

Puls 84—96, etwas klein, regulär. Fiebert. Temp. 38,8.

Urin zum Theil in's Bett. Ohne Eiweiss, ohne Zucker. Obstipation. —

Nachträgliche Retinaluntersuchung (von Prof. *Horner* controlirt):

Papille hochgradig verändert: grauröthlich, etwas deviirt, von ganz undeutlicher Contour, mit radiären graulichstreifigen kleinen Vorsprüngen in die Retina übergehend. Venen erweitert. Arterienenge. Keine Miliartuberkel, keine Hämorrhagien: Neuritis descendens chronica.

Also ein mageres Krankheitsbild trotz seiner eminenten Schwere: Fieber, deliriöses Wesen, Hallucinationen; schwankender Gang mit Parese des r. Beines; Kopfschmerz; Obstipation; Neuritis descendens. —

26. Zustand gleich. Abends neues Fieber bis 39 und darüber. Daneben relativ niedrige Pulse. —

Neue nervöse Symptome keine, Urin gleich, Retina gleich.

28. Neue Gehversuche: Beide Beine sehr schwach, das rechte schwächer. Impetus zum Rückwärtsfallen; kann allein nicht mehr stehen, nichts deutlich Atactisches. Zunge gerade, Facialis nichts. Sensorium gleich, Unruhe, leise Delirien, Hallucinationen, kein Schlaf trotz Chloral. Kopfweh. Obstipation, kein Erbrechen. Organe wie früher.

Decubitus.

30. Zustand gleich. Fiebert etwas weniger. Neue Symptome keine, Retina gleich. Lähmungen keine, weder Gesicht noch Extremitäten.

1. December. Stat. idem; doch die Temperatur gesunken, während der Puls langsam steigt. Retina gleich. Alle nervösen Symptome unverändert.

Abends wird der Puls kleiner und kleiner, es entwickelt sich rasch Lungenœdem, Tod 9 Uhr Abends. —

Section 2. December 1881: Abgemagerte Leiche, keine Oedeme, Rigor. —

Nach Eröffnung des Schädels zeigt sich die Dura in mässigem Grade adhärent, das Schädeldach normal, der Sinus longitud. ohne ältere Gerinnsel. —

Hirnoberfläche: Pia von vorn bis hinten in mässigem Grade verdickt, milchig getrübt, Hydrops meningeus mittlern Grades. Die grossen Venen ziemlich stark gefüllt. Adpression der Gyri an die Schädelinnenfläche ist nicht vorhanden; grössere atrophische Defecte der Oberfläche fehlen. Die Hauptveränderungen finden sich

1) an der Basis. Pia der ganzen Basis stark verdickt, die subpialen Räume derselben obliterirt. Chiasma in eine bindegewebige Masse, welche ziemliche Hyperämie zeigt, eingeschlossen, platt. Die bindegewebigen Anhäufungen gehen nach hinten bis an den vordern Ponsrand, hängen fest am Infundibulum und an den Corpp. candicantia; gehen zu beiden Seiten in die Fossa Sylvii hinein, auch im Anfange dieser Gruben Verödung der subpialen Räume, so dass die verdickte Pia am Cortex fest haftet und ohne Läsion des letztern nicht abgezogen werden kann. Die Nerven, namentlich Oculomotorii, erscheinen weiss, die Nerven am hintern Ponsrand ebenfalls. Nirgends eitrige Infiltration; bindegewebige Verdickung mit Injection. Basale Knochen normal, an der Dura nichts, Sinusse leer, Felsenbeine unverändert. — Stirnhöhlen und Siebbein normal.

2) Ventrikel. Balken etwas nach oben gewölbt. Beide Seitenventrikel und mittlerer Ventrikel in bedeutendem Grade erweitert; in diesen Räumen eine bedeutende Menge sehr leicht getrübter Exsudatflüssigkeit. Plexus verdickt und stark hyperämisch, keine macroscopische eitrige Infiltration. Namentlich erweitert ist auch das Unterhirn, der betreffende Plexus stark verdickt und derb. Ammonshirn nicht sclerotisch. Fornix und untere Balkenfläche hydrocephalisch erweicht, macerativer Zerfall, woraus hervorgeht, dass in letzter Zeit jedenfalls acute Vorgänge Platz gegriffen. Sandartige Ependymverdickung im Unterhirn und



namentlich auf dem Streifenhügel. Aquäduct und IV. Ventrikel in mässigem Grade erweitert.

Hirnsubstanz feucht und glänzend, keine Erweichungen, kein Tumor, keine Sclerose. Rinde über die ganze Convexität etwas schmal, sonst erscheint sie normal. Das weisse Marklager an Masse reducirt.

Kleinhirn nichts.

Ganglien nichts, Pons und Med. obl. normal.

Herz etwas vergrössert, Verdickung des Epicards über dem rechten Ventrikel und über der Spitze. Einzelne Verdickungen in der Adventitia der Aorta, an der Aorta einige mässige atheromatöse Verdickungen. Mitralis zeigt einige verdickte Sehnenfäden, sowie einige Randverdickungen.

L. Lunge. Von der Spitze bis in die mittlern Partien zahlreiche narbige Einziehungen, ebenso an der Spitze des Unterlappens; diese Einziehungen zeigen hartes Bindegewebe, während die zwischenliegenden lufthaltigen Partien polsterartig hervorstehen. Entsprechend den Einziehungen an vielen Stellen der Lunge schwarze harte Indurationen und die schiefergrauen Massen enthalten einige käsige Einlagerungen. In den untern Partien das Lungengewebe im Allgemeinen lufthaltig, bei Druck entleert sich etwas schaumige röthliche Flüssigkeit. Bronchialmucosa etwas geröthet, leichte Verfettungen der Intima der Pulmonalis.

R. Lunge: Einziehung über der Spitze und in ihr eine etwa hühnereigrosse Caverne; über dem Oberlappen ausgedehnte Verwachsungen. Uebriger Theil des Oberlappens im Allgemeinen lufthaltig, aber dicht durchsetzt mit derben Knötchen, umgeben von schieferigem Bindegewebe. Bronchialdrüsen schieferig.

Milz nicht vergrössert, rothe, weiche, schlaffe Pulpa.

Nieren normal.

Pharynxschleimhaut geröthet, Lymphfollikel vergrössert, Plicæ ary-epigl. stark geschwellt.

Anat. Diagn.: Chronische bindegewebige Meningitis der Basis und den Plexus, frischer Entzündungsschub darin, Hydrocephalus; knötchenförmige indurative Bronchopneumonie mit schiefriger Induration; Lungenhyperämie und Oedem. —

Zur diagnostischen Klarheit über diesen Fall während des Lebens zu gelangen, war unmöglich; es hängt dies nicht an der Unmöglichkeit, die chronische Basalmeningitis überhaupt zu erkennen, denn dies ist bei keinem Krankheitsbilde, namentlich bei jungen Leuten, ohne allzu grosse Schwierigkeiten erreichbar. Die Unsicherheit ergab sich aus dem oftmals constatirten Satze: Aus diffusen Symptomen auf eine diffuse Erkrankung des Hirnes allemal schliessen zu wollen, ist nur mit gewissen Einschränkungen gestattet. Hundertmal hat ein Krankheitsbild, wie das vorliegende, einen Hirntumor ergeben an einer Stelle minderer Dignität, óder multiple Tumoren in analoger Lage. Auch die Diagnose des Hirnabscesses ist mit ähnlichen Schwierigkeiten umgeben.

Ein vorübergehendes Herdphänomen war bei dem Kranken zur Beobachtung gekommen, rechtseitige Lähmung. Trotz der allgemein angenommenen Thatsache, dass ein transitorisches Phänomen der Art nur mit der grössten Vorsicht verwerthet werden darf und wäre auch die Gelegenheit noch so günstig, liegt die Versuchung immer wieder äusserst nahe, in einer solchen Erscheinung einen höchst bedeutsamen diagnostischen Fingerzeig zu sehen. Daran scheiterte die Diagnose; es wurde ein Tumor angenommen, welcher einmal einen vorübergehenden Leitungsunterbruch in der linken Hemisphäre veranlasste und an den secundäre Veränderungen diffuser Natur sich anschlossen (Hydrocephalus und chronische basale Meningitis).



Die gemachten Ueberlegungen auch andern Hirnaffectionen gegenüber waren folgende:

1) Kann es sich bei vorliegendem Krankheitsbilde um ein Hämatom der Dura handeln? Zu einer solchen Annahme fehlt der charakteristische Gang des Hämatoms, es fehlt eine Vielheit von Anfällen mit relativ reinen Intervallen; die transitorische rechtseitige Lähmung bot nicht die Zeichen, welche für die Annahme einer plötzlich eintretenden einseitigen Raumbeschränkung hätten verwerthet werden können; ein solches Ereigniss ohne alle localen Reizerscheinungen, ohne die deutlichen Zeichen eines Oberflächendruckes ist zu vieldeutig. Die Form des Deliriums hätte allenfalls mit den psychischen Störungen beim Hämatome übereinstimmen können, obwohl es zu den genauen Beschreibungen von *Fürstner* doch nicht vollkommen passte. Es fehlten aber durchaus die Reizerscheinungen von der Oberfläche, namentlich der convulsive Anfall, es fehlte die Deviation von Kopf und Augen, endlich trat das von *Fürstner* beschriebene Symptom des charakteristischen Nystagmus nie in die Erscheinung. Was aber vor Allem die Annahme des Hämatoms unmöglich machte, war die Existenz einer sehr ausgeprägten Neuritis descendens. Bis heute ist diese beim Hämatom nie beobachtet und kann nach den frühern Ausführungen bei demselben nicht vorkommen. Diese Erwägungen liessen das Hämatom verwerfen.

2) Da die Ereignisse der letzten 14 Lebenstage auf ein acuteres Fortschreiten eines chronischen Leidens, oder auf acute diffuse Vorgänge im Anschluss an einen früher bestandenen ganz differenten Process hindeuteten, so ist begreiflich, dass die Unterlage der Symptome der letzten 14 Tage des Lebens in einer chronischen Meningitis der Basis und Oberfläche gesucht wurden. Dass eine chronische Meningitis an der Basis bestand, war ja wegen des Augenbefundes unzweifelhaft. Aber woher stammte sie, was war vorauf gegangen? Das liess sich mit Sicherheit nicht bestimmen. Dass von den vulgären Vorgängen der Apoplexie, Erweichung etc. keines betheiligt sein konnte, ging aus der Existenz der Neuritis zur Genüge hervor; man musste daher nothgedrungen auf folgende Erwägungen kommen:

a) Es kann sich handeln um einen tuberculösen Käseherd, oder um eine oder mehrere käsige Oberflächenplatten an einer Stelle der Convexität, deren Läsion sich einstweilen noch durch keine bekannten Symptome verräth. Von da aus partielle Miliartuberculose der Pia, daraus resultirende Entzündung derselben, welche ja unter solchen Umständen nicht dem bekannten Schema der tuberculösen Meningitis zu folgen braucht. Alte Symptome von der Lunge lagen vor, daher die Möglichkeit eines solchen Vorganges. Auch die vorübergehende Lähmung hätte hier hineingepasst; sie hätte durch eine leise vorübergehende Druckwirkung oder durch ein entzündliches Oedem in der Nachbarschaft einer encephalitisch afficirten Stelle wohl erklärt werden können; endlich wäre die Neuritis descendens sehr wohl damit zu vereinigen gewesen. Diese Suppositionen beruhen auf einer ganzen Reihe genau beobachteter bezüglicher Fälle.

b) Es hätte sich in zweiter Linie handeln können um einen Hirntumor ausserhalb der motorisch-sensibeln Stammfaserung. Die frü-

hern Symptome hätten mit einer langsam wachsenden Hirngeschwulst in Einklang gebracht werden können. Es hätte vortrefflich damit gestimmt die Neuritis: Folge einer chronischen basalen Entzündung, welch' letztere bei einem Tumor nahe der Basis immer mehr ausbleibt. Es hätte dann weiter die Annahme einer Hydrocephalie aus dem gleichen Grunde (basale Entzündung) gemacht werden und damit die schnelle Abnahme der früher vortrefflichen geistigen Kräfte in Uebereinstimmung gebracht werden können. Wo wäre dann der Tumor gesessen? Entweder im Schläfelappen links, oder im Cerebellum, oder endlich zwischen den Thalami drinn am Boden des III. Ventrikels im centralen Höhlengrau. Mit dem Tumor im linken Schläfelappen wäre die transitorische Lähmung rechts zu erklären gewesen; der Tumor im Cerebellum oder am Boden des III. Vent. hätte wenigstens erklärt die Schwäche beider Beine. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose intra vitam war auch in der That: Tumor zwischen den Thalami, Hydrocephalus, chronische Meningitis der Basis.

c) Ganz ähnliche Ueberlegungen mussten Platz greifen gegenüber dem Hirnabscess; ohne ganz sichere Anhaltspuncte zu besitzen, nehmen wir nie einen Hirnabscess an und im vorliegenden Falle fehlte alles Bezügliche.

d) In gleicher Lage befand man sich gegenüber der Annahme eines solitären oder multipeln basalen Gummas. Bei vorhandener Aetiologie hätte man sich die Sache ohne Zweifel genau überlegt, aber es fehlte jeder Anhaltspunct.

Die Diagnose misslang somit, wobei wir anführen, dass uns der umgekehrte Fall auch vorkam. Ein leider verstorbener zürcherischer Docent litt an exact den gleichen Krankheitssymptomen, die unser Patient darbot. Diagnose: Chronische Meningitis der Basis und Hydrocephalus. Sectionsresultat: Multiples Melanosarcom, Hydrocephalus, chronische Meningitis der Basis. Aus dem Gesagten ergeben sich somit die diagnostischen Schwierigkeiten dem Tumor gegenüber.

Wie steht es mit unsern Kenntnissen über diese basale chronische Meningitis?

Ueber die Ursachen der Erkrankung wissen wir so viel wie nichts. Eine kleine Summe von Beobachtungen weist darauf hin, dass Syphilis, und zwar angeborene sowohl als erworbene, die Grundlage bilden kann; dabei ist es durchaus nicht nöthig, dass die basalen Schädelknochen specifisch erkrankt seien. Allerdings bleiben daneben jene Fälle von bindegewebiger Verdickung der basalen Dura und Pia, wenn die Häute auf einem syphilitisch afficirten Knochen liegen, zu Recht bestehen. Von der Form aber ohne Knochenerkrankung haben wir so geartete Beobachtungen, dass eine andere Deutung der Sache nicht möglich ist. In einem Falle, wo der Symptomencomplex sich bei einem jungen Manne entwickelte, der nie specifisch inficirt gewesen, hatte eine in der Verzweiflung begonnene antispecifische Cur einen solchen Erfolg, dass totale Heilung eintrat; in einem zweiten gleichen Falle wenigstens partielle Heilung. Das ist aber von ätiologischen Momenten jedenfalls lange nicht Alles, denn eine Reihe anderer Fälle haben wie jeder andern, so auch der antisyphilitischen Therapie hartnäckigen Widerstand geleistet. Auffallend ist im weitern, dass uns Fälle zur Beobachtung kamen bei Schülern von 16—17 Jahren, welche, während sie mit grossem Eifer

ihren Studien oblagen, von der Krankheit befallen wurden. Vom einen liegt ein Sectionsbefund vor, der mit dem oben geschilderten total übereinstimmt; der zweite ist noch in Beobachtung, hat alle Hirnsymptome, auch die Kopfschmerzen verloren, doch hat die Neuritis ihr optisches Verhalten noch nicht verändert. In einem dritten ebenfalls geheilten Falle ging aber auch die Neuritis bis auf die letzte Spur zurück. Aber Individuen jedes Alters können an dem geschilderten Symptomencomplexe erkranken; Prof. *Horner* in Zürich konnte jedenfalls eine ganze Reihe von Fällen publiciren, wo die Affection zu Atrophie des Opticus und zu totaler Blindheit führte, und nach mündlicher Mittheilung haben gerade die letzten Monate wieder neue Fälle derart ergeben. Dass aber das Greisenalter nicht ausgeschlossen ist, beweist der obige Fall und ein zweiter vor mehreren Jahren beobachteter; es wäre somit eine frühere von uns ausgesprochene Ansicht (*Ziemssen*'s Path., XI., I., 597), dass nämlich die Krankheit so ziemlich auf das Blüthealter beschränkt sei, zu corrigiren. Es ist nun unzweifelhaft, dass die ätiologischen Momente sehr differente sind, dass es verschiedene Schädlichkeiten gibt, welche an der Pia der Basis angreifen; das Wie und Warum ist allerdings verborgen. Dass die periphere Opticusveränderung nicht etwa das Primäre ist, haben wir mit aller Sicherheit feststellen können, indem wir mehrfach die Entwicklung derselben bei den bestehenden Hirnsymptomen zu verfolgen Gelegenheit hatten.

In *Ziemssen*'s Handbuch habe ich seinerzeit den Symptomencomplex kurz geschildert; ich kann dem daselbst Gesagten heute nicht viel Neues beifügen, doch möchte es geboten sein, heute bei reicherer Erfahrung die Verhältnisse an der Retina kurz zu schildern.

Von den gut untersuchten Fällen der letzten Jahre ist keiner verlaufen ohne wesentliche Veränderungen an der Retina, so dass ich von dieser Seite her eine der wesentlichsten Stützen der Diagnose gewinne. Allerdings hat die Sache auch ihre schlimme Seite, indem die Aehnlichkeit des ophthalmoscopischen Bildes mit demjenigen des Tumors und Abscesses wesentliche Schwierigkeiten bereitet; denn dass das Krankheitsbild in chronischen Fällen von Basalmeningitis eine geradezu verwirrende Aehnlichkeit mit dem des Tumors gewinnen kann, liegt ja in der Natur der Sache und ist oben illustrirt worden (siehe auch die bezüglichen Bemerkungen in *Ziemssen*'s Handbuch XI., I., 605 und 607).

Die bei der acuten und chronischen Basalmeningitis beobachteten Retinalveränderungen sind:

a) Retinalstauung, Erweiterung der Venen, mit Engerwerden der Arterien, in der Folge beim Weiterschreiten der Krankheit Oedem der Papille etc.

b) Papillaroedem, Röthung, Elevation; dies dauert an eine gewisse Zeit, dann tritt Retinalstauung dazu.

c) Papillaroedem; eine Stauung entwickelt sich nicht, dies in einem Falle, wo eine ganz locale basale Verdickung der basalen Häute vom Knochen ausgehend existirte, ein Hydrocephalus sich nicht entwickelte.

d) Neuroretinitis in verschiedenen Graden und in höchst ausgesprochenen Bildern. In den frühern Zeiten der Krankheit ist Retinalstauung dabei; in einigen Fällen ging die letztere zurück und bestand dann Neuroretinitis allein. In zwei Fällen verschwand letztere gänzlich und trat Heilung ein. In andern Fällen schwanden die allgemeinen Hirnsymptome, aber die Neuroretinitis führte zu

e) Atrophie der Papille. Fälle letzterer Natur habe ich von Anfang bis zum Ende nicht beobachtet, sie kommen dem Ophthalmologen in die Hände und sind mir von Prof. *Horner* demonstrirt worden. Es tritt dabei natürlich völlige Erblindung ein, während die Hirnfunctionen wieder eine relative Integrität erlangen können.

Zu dem sub b Erwähnten wird vielleicht der und jener College den Kopf schütteln, und doch kann ich versichern, dass die Sache in dieser Reihenfolge beobachtet worden ist; es ist dies einer der Gründe, warum ich zur Ansicht gekommen bin, dass auch für das Oedem der Papille bestimmte unabhängige Gründe existiren; wenn diese Ansichten in hohem Grade ketzerisch erscheinen, so ist es die Schuld der Umstände. Es steckt aber in ihnen vielleicht doch ein Körnchen Wahrheit.

Ich unterscheide bei der acuten und chronischen Basalmeningitis vier differente Zustände der Retina und der Papille, welche häufig genug in einander übergehen, unter besondern Umständen sich aber isolirt entwickeln können. Diese sind:

1) Die Retinalstauung,
2) das Oedem der Papille,
3) die Neuroretinitis,
4) die Atrophie.

Diese Zustände bilden unter Umständen eine Reihe von dem ersten bis zum letzten; unter andern Umständen (frühes Aufhören des Lebens wegen Complicationen etc.) entwickelt sich die Reihe bis zum Oedem, oder bis zur Neuroretinitis; oder wieder, es tritt schon, nachdem das Oedem sich gebildet, Besserung und Genesung ein; oder endlich — und dieser Fall ist für uns der interessanteste — es entsteht ein Oedem der Papille, die Stauung kommt hernach. Den Fall, dass ab incipio eine Neuroretinitis entstanden wäre, haben wir bei diesen Krankheiten nie gesehen, wohl aber beim Tumor. Somit sieht es so aus, als ob jedem von diesen Zuständen ein eigenes anatomisches Geschehen in der Schädelhöhle entsprechen würde; und der Ansicht bin ich auch.

1) Die Retinalstauung ist ein allgemein bekannter Zustand; er gibt ein ophthalmoscopisches Bild, das einem bei jeder erheblichen Hirnschwellung in prägnanter Weise entgegentritt, vorausgesetzt, dass das Hirn und die Häute vorher gesund gewesen seien. Die Papille erscheint noch normal, höchstens in der Farbe etwas verändert, etwas rosiger, aber mit schön erhaltener Contour, ohne Elevation, ohne jede Vergrösserung; der Durchmesser der arteriellen Gefässe

ist mehr oder weniger verengt. Die tiefer liegenden Venen sind sehr stark erweitert und geschlängelt. Da ihre Krümmungen in verschiedenen Ebenen liegen, so bemerkt man oft ein plötzliches Abbrechen des verdickten Venenstammes und dann ein ebenso schnelles Wiederauftauchen desselben. Die Venen zeigen eine dunkelrothe Farbe.

Was ist die Ursache der Retinalstauung? Auf frühere Ansichten brauche ich hier wohl nur flüchtig hinzuweisen. Längst ist die reine Stauungstheorie von *Türck* und *Gräfe* zu Grabe getragen; sie bezog sich durchaus nur auf die Statuirung eines localen Kreislaufshindernisses im Verlaufe der Vena centralis Retinæ. Diese mündet entweder direct in den Sinus cavernosus, oder sie thut dies unter Vermittlung der Vena ophthalmica. Der gesteigerte intracranielle Druck lastet nunmehr auf dem Dache des Sinus cavernosus und auf seiner ganzen Blutmenge, und dies ist die Ursache der Stauung in der Vena centralis.

Bekanntlich erlitt diese Theorie bald einen schweren Stoss, nachdem durch *Lesemann* war nachgewiesen worden, dass die Vena ophthalmica sup. sich zum allergrössten Theil in die Vena facialis ant. entleert. In den Fällen nun, wo die Vena centr. Retinæ direct in den Sinus cavernosus mündet, anostomosirt sie regelmässig zuvor mit der Ophthalmica sup., so dass also eine Stauung durch Belastung des Daches des Sinus cavernosus in der That nicht zu Stande kommen kann; und in den Fällen, wo sie sich in die Ophthalmica sup. entleert, ist wegen des offenen Abflusses nach Aussen eine Stauung erst recht nicht möglich.

Mit einem Schlage aber änderte sich die Situation, als die Vaginalscheiden des Opticus sowohl, als die der andern Hirnnerven aufgefunden wurden. Der Opticus besitzt einen subduralen und einen subpialen Raum, beide ausgekleidet mit Endothel, beide mit den betreffenden Räumen des Hirnes communicirend (von einem dritten Raume, dem subarachnoidealen, spreche ich mit Bewusstsein nicht). Auf diese Verhältnisse fussend, formulirten 1869 und 1870 *Schmidt* und *Manz* die sog. Transporttheorie.

Und heute ist es wohl allgemeine Annahme, dass bei vorliegenden Krankheiten und allen andern Hydrocephalien und acuten Hirnschwellungen die Retinalstauung der Opticusstrangulation durch die in seinen Subduralraum hinein verdrängte subdurale Gehirnflüssigkeit ihre Entstehung verdankt.

Bei den Krankheiten, welche wir hier im Auge haben, ist die acute Hirnschwellung bedingt durch den Hydrocephalus, d. h. das entzündliche Ventrikelexsudat, welches geliefert wird von den entzündeten Plexus. Die Entzündung derselben ist leicht verständlich, wenn man die Continuität der Tela chorioidea sup. mit der Pia auf dem Cerebellum, überhaupt das Hineinschlüpfen der Pia in die ganze Fissura Cerebri transversa in's Auge fasst. —

2) Das Papillaroedem; es schliesst sich in der grössten Mehrzahl der Fälle an die Retinalstauung unmittelbar an. Was nennen wir so?

Vor Allem ist die Papille elevirt, sie ist ein kleiner, gegen den Glaskörper vorspringender Hügel geworden, und man soll von einem Papillarœdem nach *Mauthner* nur sprechen, wenn die Elevation ca. $^{3}/_{4}$ mm.



beträgt. Die vorgewölbte Papille hat ihre Grenzen etwas ausgedehnt, und man sieht weder einen Sclerotical- noch einen Chorioidealring. Die Papille ist grauröthlich oder etwas lebhafter roth, und die rothe Farbe wird stellenweise durch grauröthliche und graubläuliche Striemen und Streifen unterbrochen. Oft sieht man auf graulichem Grunde eine Menge radiärer stark rother Streifen. Diese Streifung springt dann vielorts etwas über die normale Opticusgrenze vor und bedingt scheinbar eine Vergrösserung der Papille.

Vorhin wurde bemerkt, dass sich das Papillarœdem in der grössten Mehrzahl der Fälle an die Retinalstauung unmittelbar anschliesse. Ungemein verschieden aber ist die Schnelligkeit seiner Entwicklung. Ich habe diesem Puncte eine ganz besondere Aufmerksamkeit geschenkt, bin aber durchaus ausser Stande, diese Differenzen in der Zeit allemal aus den anatomischen Verhältnissen zu erklären. — Es ist in diesen Fällen das Oedem der Papille zweifelsohne die directe Folge der serösen Durchtränkung der Gewebe in Folge der Stauung. Diese Durchtränkung tritt wohl vor Allem auf in dem vom starren Scleroticalring umgebenen intraoculären Sehnervenende und in der dasselbe zunächst umgebenden Retinalzone. Das Papillarœdem comprimirt dann im weitern die Gefässe in der Papille selber, die Arterie bekommt wenig Blut, die Stauung in den Venen aber muss noch zunehmen.

Von anatomischer Seite sind in diesem Stadium der Sache verschiedene Veränderungen der constituirenden Gewebe nachgewiesen worden: *Iwanoff* und *Alt* haben die Existenz von mit seröser Flüssigkeit gefüllten Canälen und Hohlräumen zwischen den Fasern der Papille kennen gelehrt. *Iwanoff* zeigte ferner die bedeutende Ausdehnung der Gefässe und Capillaren, und hier reiht sich auch die von *Schiess* und *Pagenstecher* behauptete Neubildung von Gefässen im Sehnervenkopfe an. Es ist aufmerksam zu machen auf die von *Pagenstecher* signalisirten Veränderungen der Nervenfasern: Hypertrophie und Sclerose, gleichmässige und ungleichmässige Verdickung (Quellungssymptome!). Endlich wäre zu erinnern an die verschiedenen Angaben von *Kahnt*, namentlich die Wirkung, welche die Lymphstase auf die Axenglieder selber auszuüben im Stande ist: die Axencylinder quellen in der Lymphe auf und zerfallen, um so mehr, als sie keine Markscheide besitzen etc.

Alles dies und viele andere Einzelheiten, die dabei gesehen wurden, ist gewiss vollkommen richtig; es zeigt ganz einfach, dass es sich um eine oedematöse Durchtränkung mit ihren Folgen handelt und dass wahre Entzündungsvorgänge dabei nicht existiren. Ich füge gleich bei, dass bei einer fortschreitenden basalen Meningitis einige Zeit (die sehr variabel ist) später entzündliche Veränderungen da sind. Dann ist der Zustand aber kein Oedem mehr mit seinen Folgen, sondern wahre Neuritis. Ein weiteres Element ist also dazu getreten, welches in Bälde zur Sprache kommen wird. —

Nun habe ich aber in neuerer Zeit einige Fälle gesehen, wo das Papillaroedem ohne Retinalstauung bestand und wo diese erst nachfolgte; ferner einen Fall, wo das Oedem der

Papille bestand, aber nie Retinalstauung eintrat; so dass nothwendigerweise sich die Ansicht ergeben musste, dass beide Vorgänge nicht untrennbar an einander gebunden seien. Das Papillarœdem wäre dann nicht gebunden an eine mehr oder weniger acute Hirnschwellung, wie die Retinalstauung, sondern es läge ihm eine specielle Ursache zu Grunde. In jenem oben angeführten Falle, in welchem eine Retinalstauung niemals erschien, handelte es sich um Caries der Sella turcica syphilitischer Natur, Verdickung der Dura, Anheftung derselben an die Pia und Obliteration und Verödung der subpialen Räume an der Basis vom Chiasma bis an den vordern Ponsrand, also auch eine Art beschränkter chronischer Basalmeningitis. Ein Hydrocephalus bestand nicht, der Mensch starb auch nicht vom Hirne aus, sondern an Amyloid der Niere und des Darmes. Ein weiteres genaues Aufmerken in bezüglichen Fällen legte dann die Ansicht nahe, dass das Oedem der Papille eben gebunden sei an Obliteration der basalen Lymphräume hinter dem Chiasma und um dasselbe. Damit erklärt sich sein isolirtes Vorkommen, denn eine solche Obliteration kommt eben bei basalen Entzündungen vor, welche rein local von dem Knochen aus eine langsame Entwicklung genommen haben. Das ist allerdings selten, und in der grössten Mehrzahl der Fälle wird das Papillarœdem auf die Retinalstauung folgen, weil die basalen Entzündungen aus andern Gründen eben viel häufiger sind, weil sie schnell auf die Plexus vorschreiten, und weil diese in Folge ihres grossen Gefässreichthums schnell eine grosse Menge exsudativer Flüssigkeit in den Ventrikel hinein setzen. Gleich darauf folgt dann aber die Verlegung der basalen subpialen Räume, wie man sie bei solchen Fällen in der That mit grosser Leichtigkeit ad oculos demonstriren kann. — Ein weiterer seltener, im Obigen schon berührter Fall ist der, dass zuerst Papillaroedem da ist und erst in der Folge Retinalstauung sich dazu gesellt. Die Verlaufsweise der basalen Meningitiden ist eben verschieden, wahrscheinlich verschieden nach den — leider unbekannten — ätiologischen Momenten, und es kann daher einmal wohl unter Umständen länger dauern, bis der Hydrocephalus da ist und das Hirn in allgemeine Schwellung geräth. Ja es kann diese letztere auch bei basalen Entzündungen, welche nicht von localen Knochenprocessen ausgehen, sogar einmal höchst gering sein, eine Erfahrung, die wir ja auch bei der tuberculösen Form nicht allzu selten zu machen Gelegenheit haben. Bei dieser letztern kann man aus mangelnder Retinalstauung ganz sicher auf einen geringen Hydrocephalus schliessen, wie ich mich an einer Menge von Fällen habe überzeugen können.

Ich würde also sagen: Retinalstauung entsteht in Folge von allgemeiner Hirnschwellung durch Verdrängung von Cerebrospinalliquor in die subdurale Opticusscheide und Strangulation des Opticus. Papillaroedem entsteht durch Verlegung der subpialen basalen Räume, mit denen die subpiale Opticusscheide

communicirt; bei Verlegung jener kommt es zur Lymphstase im Opticus selber.

Retinalstauung und Papillarœdem gestatten also Schlüsse nach obiger Richtung. Fatal ist es, dass basale Entzündung vorhanden sein kann und es entsteht kein Papillaroedem; dies kommt thatsächlich vor. Mangelndes Papillaroedem schliesst Obliteration der basalen Räume mit Sicherheit nicht aus! Dies bringt diagnostische Schwulitäten und zeigt zugleich, dass für das Ausweichen der gestauten Lymphe im Opticus Einrichtungen bestehen, welche gelegentlich in Function treten. Von theoretischer Seite liesse sich darüber sehr viel sagen. Ich füge darüber auch eine von meinem Collegen *Horner* oft geäusserte Idee bei, dass gewiss bei den einzelnen Individuen variirende leider noch nicht genauer untersuchte Differenzen in den anatomischen Verhältnissen des Opticus beim Eintritt in's for. opticum bestehen, welche wohl die scheinbar so einfachen Verhältnisse des Subdural- und Subpialraumes des Opticus wesentlich zu compliciren geeignet sind. Möge der Autor der Idee ihr bald Leib und Gestalt verleihen!

3) Die Neuroretinitis. Bei den in Rede stehenden acuten und chronischen Entzündungen der Basis ist ihr ophthalmoscopisches Bild vom Oedem der Papille nicht scharf getrennt. Wie könnte es anders sein, denn hier hat sie zur Voraussetzung das Papillarœdem. Ich persönlich habe sie unverhältnissmässig spät vom Oedem der Papille unterscheiden gelernt, und es gibt in der That optische Bilder, von denen man nicht weiss, ob man sie zum einen oder zum andern rechnen soll.

Das ophthalmoscopische Bild: Deutliche, aber nicht sehr hochgradige Schwellung der Papille, dieselbe ist durchaus trüb, die umgebende Netzhaut in ziemlicher Ausdehnung ebenfalls, doch geht die Trübung nicht bis zur Peripherie. In der Papille sieht man grauliche Streifung und diese geht auf die Retina über; manchmal sieht man graulich gelbe Plaques in der trüben Netzhautpartie. Arterien enge, Venen weit, geschlängelt, oft stellenweise verschwindend. Es können Hämorrhagien dabei sein, doch habe ich sie bei den basalen Meningiten niemals gesehen. — Dies das Bild der Neuritis, wahre entzündliche Störungen sind von den Anatomen auch in der That gefunden worden. Ich erinnere an die Perineuritiden von *Horner*, *Alt*, *Michel*, welche allerdings blos vom for. opticum aus peripheriewärts sich fortgepflanzt hatten: an die bei Meningitis nachgewiesene Perineuritis; an die Neuritis medullaris *Leber*'s; an die Perineuritis fibrinosa von *Alt;* an die vielen Befunde von Neuritis interstitialis. Ich selbst habe, nachdem ich verschiedene analoge Präparationen von Prof. *Horner* gesehen, mehrere Fälle genauer untersucht und habe die wahren entzündlichen Veränderungen nicht vermisst, auch wie bei Encephalitis im Hirn und Meningitis Bilder gesehen, welche sich blos als Auswanderung taxiren liessen.

Woher kommt diese Entzündung? Ich glaube, dass sie gebunden ist an die nach allen Seiten langsam weiter kriechenden entzündlichen Störungen der basalen Pia. Ich weiss sehr wohl, wie sehr eine solche Behauptung von den gewöhnlichen Ansichten abweicht; aber ich habe mich



von der Coincidenz der basalen Entzündungen mit der Neuritis an so vielen stringenten Beispielen überzeugt, dass ich die Behauptung riskire. Denn gerade bei den basalen Entzündungen, die wir hier im Auge haben, lässt sie sich in vollem Maasse rechtfertigen; auch bei der tuberculösen Form von protrahirtem Verlaufe lässt sie sich durchaus rechtfertigen, und es ist hier wie dort nur das räthselhaft, warum nicht jede basale Entzündung einer Neuritis ruft. Das ist thatsächlich nicht der Fall, und bei den acuten Formen hilft man sich wohl mit der etwas wohlfeilen Ausrede, das Leben erlösche zu schnell, als dass eine Neuroretinitis sich ausbilden könnte. Letzthin haben wir einen Fall von tuberculöser Basalmeningitis gesehen, der am 12. Tage starb und der eine sehr schöne Neuritis hatte, gestern aber einen weitern secirt, der ihrer am 15. Tage noch durchaus entbehrte; auch kein Oedem der Papille war da, auch nur eine fragmentarische Retinalstauung. Die Erklärung des letztern Umstandes fanden wir in sehr geringem Hydrocephalus, dass das Leben aber zur Entstehung eines Oedems, oder einer Neuritis zu kurz gewesen sei, kann man doch mit gutem Gewissen nicht behaupten. Da müssen wieder bestimmte individuelle Verschiedenheiten nach der Idee von *Horner* im Spiele sein.

Wie aber reimt sich die Ansicht, dass die Neuroretinitis aus einer fortgesetzten Entzündung der Basis entstehe, mit ihrem Vorkommen beim Hirntumor?

Es ist Thatsache, dass es viele Hirntumoren gibt, die ohne Neuroretinitis bis zum Ende verlaufen, viele, bei denen man nie eine Retinalstauung, nie ein Papillarœdem gesehen hat. Ferner findet man grosse und grösste Tumoren, welche keine Retinalveränderungen machten, und auf der andern Seite kleine, welche sie in voller Ausbildung zeigten. Ich selber habe schon allerhand falsche Diagnosen gemacht, weil ich allzu lange glaubte, Tumor und Retinalerscheinungen seien von einander untrennbar. Es gilt dann in Bezug auf Neuroretinitis eine Gruppe von Tumoren für besonders gefährlich, das sind die Kleinhirntumoren, und in der That, die Statistik scheint zu stimmen.

Aber es scheint mir, dass es den Aerzten mit den Retinalaffectionen beim Tumor bislang ungefähr gleich gegangen sei, wie mit dem Hydrocephalus beim Tumor. Der Hydrocephalus beim Tumor ist zu einem geringen Theil ein Stauungshydrocephalus, zum weitaus grössten Theil sind die hydrocephalischen Ergüsse entzündliche. Ich gebe gerne zu, dass in den Deductionen von *Norris* über den Abschluss des III. Ventrikels bei Kleinhirntumoren, dass an den Ansichten über Compression der Vena magna Galeni etwas richtiges ist, aber wie soll denn ein mächtiger Hydrocephalus, wie wir ihn vor einigen Tagen gesehen (von Prof. *Ziegler* secirt), auf diesem Wege erklärt werden, der bei einem Gliom des Schläfelappens bestand? Macht ein solches auch einen Abschluss nach dem *Norris*'schen Schema, oder comprimirt er die Vena magna Galeni? Bei diesen Ergüssen ist in der That auch die Eiweissmenge in der Flüssigkeit schon viel zu gross, als dass eine einfache Stauungsflüssigkeit statuirt werden dürfte. Und dann sehe man doch bei allen Fällen mit Hydrocephalie die Basis genau an, man untersuche die Pia genau vom Chiasma bis zur Fissura transversa cerebri und auch die Plexus. Dann wird man finden, dass

ein schöner Theil der Hirntumoren, alle der Basis nahen, eben eine chronische basale meningeale Entzündung machen, keine eitrige, faustdick ist sie nicht, aber die Pia ist verdickt, fellartig, opak, ihre Räume sind obliterirt, der Eingang in die Sylvischen Spalten fest zugemacht durch verdichtetes graues Bindegewebe, das Chiasma oft förmlich eingehüllt. Die Frage, welche Tumoren dies machen und welche nicht, ist auch für mich noch eine ungelöste; wenn man aber die manchfachen entzündlichen Störungen der umgebenden Hirnsubstanz, die sich so oft wiederholenden zonalen Encephalitiden um die Tumoren sieht, so scheint es einem dann weniger sonderbar, wenn auch die Pia in der Nachbarschaft eines Tumors in Entzündung geräth. Und diese chronische Entzündung geht eben in den Ventrikel auf die Plexus und Folge sind die Hydrocephalien, oder wenigstens ein gutes Theil davon. So werden es also wahrscheinlich zumeist die basalen und der Basis nahen — also auch die cerebellaren — Tumoren sein, welche die chronische basale Entzündung machen.

Dabei ist es während einer gewissen Zeit des Verlaufes gar nicht nöthig, dass eine wesentliche allgemeine Hirnschwellung vorhanden sei. Ein kleines Gliom der Unterseite des Stirnhirnes, das ich beobachtete, machte basale Entzündung und Neuroretinitis und die Schwellung wegen des Hydrocephalus kam erst lange hintennach und erst einige Wochen ante mortem hatte der Pat. noch Retinalstauung. —

Man hat also zu wenig geachtet auf den Zustand der extra- und intraventriculären Pia, man wird auch hier neues Material sammeln müssen, denn mit dem alten ist nach der Richtung nichts anzufangen.

Nach dem Gesagten werden also beim Tumor auch die drei beschriebenen Zustände der Retina auseinander gehalten werden müssen. Geht der Tumor einen regulären Gang, ist er z. B. ein schnell wachsender Kleinhirntumor, so kann sich der Gang der Sache folgendermaassen gestalten:

a) Retinalstauung; Ursache: Allgemeine Raumbeschränkung bei schnellem Wachsthum; Hydrocephalie und zwar frühe, weil bei den Cerebellartumoren eine chronische Entzündung der Pia um das Cerebellum, die Vierhügel und die Fissura transversa cerebri frühe eintritt.

b) Papillaroedem; Ursache: Fortschleichen der chronischen Entzündung der Basis entlang nach vorne, Obliteration der subpialen Räume daselbst.

c) Neuroretinitis; Ursache: Entwicklung wahrer entzündlicher Veränderungen im Opticus, ausgegangen von der Basis.

Es kann aber auch anders gehen; ein Tumor der Hackenwindungsgegend, ein Gliom des Schläfelappens, der Unterfläche des Stirnlappens, ein Hypophysentumor, ein Tumor der Pedunculi, oder zwischen denselben wird direct an Ort und Stelle einer basalen Entzündung rufen, und dazu braucht der Tumor durchaus nicht gross zu sein, ja er kann sogar sehr klein sein. Ist zufällig bei einem alten Individuum Hirnatrophie höhern Grades dabei, so ist von Retinalstauung noch lange nicht die Rede, wenn überhaupt jemals sie in die Erscheinung tritt;



aber Oedem der Papille, ja Neuroretinitis kann entstehen, so dass wir auch hier wieder sehen, dass diese letztern die Stauung nicht zur nothwendigen Voraussetzung haben. Und Aehnliches erlebt man bei Convexitätstumoren, sogar bei multipeln.

Dabei habe ich selbstverständlich vollkommen abgesehen vom directen Tumorendruck auf den Tractus opticus; diese Fälle fallen unter eine eigene Categorie, die ich hier gar nicht besprochen habe. —

Analoge Dinge könnte ich berichten vom Hirnabscess. Aber meine eigenen Erfahrungen sind bei der Seltenheit der Affection nicht zahlreich genug; mir scheint es, als seien hier die retinalen Störungen bedeutend häufiger, als Viele anzunehmen geneigt sind. —

Ueber die Atrophie des Opticus, welche die Reihe der Veränderungen oftmals schliesst, wenn das Leben lange genug erhalten bleibt, darf ich mich nicht verbreiten. Meine eigenen Beobachtungen sind auf diesem Gebiete zu fragmentarisch. Die Collegen aber bitte ich, die oben entwickelten Ansichten prüfen zu wollen. —

Vereinsberichte.

Ordentliche Frühjahrssitzung der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft des Cantons Zürich.

Dienstag, den 10. Mai 1881, um 11 Uhr, in der „Sonne" in Küssnacht.

(Schluss.)

Vortrag von Dr. *Hans v. Wyss:* Ueber Bleivergiftung.

Der Vortragende gibt eine kurze Uebersicht über die klinischen Erscheinungen der Bleivergiftung, wobei hervorgehoben wird, dass die als acute Form bisher beschriebene Vergiftung eigentlich diesen Namen wenig verdient, da sie lediglich aus den Symptomen einer Gastroenteritis, wie sie vielen Metallvergiftungen eigen ist, besteht.

Es werden die vier bekannten Symptomengruppen der chron. Vergiftung im fernern erwähnt und sodann über die von *Harnack* entdeckte acute Vergiftung mit essigsaurem Bleitriäthyl berichtet. Demnach ist aller Wahrscheinlichkeit nach das Problem gelöst, eine wahre, acute Bleivergiftung experimentell hervorrufen zu können. Ihre Symptome bestehen nach *Harnack* wesentlich in Muskellähmung, Krampf des Darms und bei gewissen Thieren einer eigenthümlichen choreaartigen Bewegungsstörung, die in der Narcose verschwindet. Der Tod tritt schon nach sehr kleiner Dosis in Folge von Herzlähmung ein. Die Analogien dieser Symptomengruppe mit der bei Menschen vorkommenden chron. Vergiftung sind also naheliegende:

Lähmungserscheinungen hier wie dort, Krampf des Darms in Folge Reizung der Darmganglien, endlich Reizungserscheinungen der Centralorgane des Nervensystems.

Nach der vom Vortr. begonnenen Untersuchung bedürfen allerdings verschiedene Puncte der Resultate *Harnack*'s einer weitern Bestätigung, insbesondere be-

darf es noch genauerer Untersuchung der von *Harnack* als specifisch angesehenen Muskellähmung.

Immerhin versprechen die experimentellen Forschungen mit diesem Gift mehr Aufklärung des immer noch so räthselhaften Bildes des chron. Saturnismus, als mit den früher angewandten Methoden zu erreichen war, weil diese sämmtlich an dem Umstand scheiterten, dass die auf einmal resorbirten und daher zur Wirkung gelangten Bleimengen zu gering waren, um die volle specifische Wirkung zu entfalten.

Discussion: Dr. *Nägeli* beobachtete in Brasilien einen Fall von acuter Bleivergiftung ohne Enteritis 3 Stunden nach genossenem Blei (sardines de Nantes). Nach 3 Mal 24 Stunden war die Vergiftung abgelaufen. Es scheinen also fettsaure Bleisalze Intoxication ohne Gastroenteritis hervorrufen zu können.

Prof. Dr. *Forel* macht auf die interessante im Band X des Archiv's für Psychiatrie erschienene Arbeit des Herrn Dr. *v. Monakow* in St. Pirminsberg über die pathologische Anatomie der Bleilähmung aufmerksam. Verf. hat in einem genau beobachteten und necroscopirten Falle (bei welchem nach wiederholter Bleicolik, Muskellähmungen und Atrophie, sowie später eine der allgemeinen Paralyse ähnliche Geistesstörung sich zeigten) bestimmte Sclerosen im Cervicalmarke gefunden, den Centren der gelähmten Muskeln entsprechend. Die Degeneration war sehr ausgesprochen, bildete inselförmige Plaques und betraf besonders die Vorderhörner und deren Ganglienzellen. Im Grosshirn fanden sich sclerotische Veränderungen, ähnlich wie bei Paralyse, jedoch besonders auf die Centralwindungen und auf zwei Stirnwindungen localisirt. Es entspricht diese Rückenmarkssclerose nicht etwa einfach einer secundären Inactivitätsatrophie der centralen Zellen in Folge der Muskellähmung (wie solche nach Zerstörung motorischer Nerven junger Thiere später [nach *Gudden*] erfolgt), denn 1) sind die Nerven (Radialisstamm) der atrophischen Muskeln verhältnissmässig intact, und 2) sind die sclerotischen Processe viel zu ausgedehnt, und könnte diese Erklärung überhaupt für die Veränderungen des Gehirnes nicht gelten.

Gegenüber den Bemerkungen von Prof. *Forel* hebt Prof. *Ziegler* hervor, dass *Friedländer* in einem vor Kurzem mitgetheilten Fall von Bleilähmung trotz sorgfältiger Untersuchung eine Erkrankung des Rückenmarkes nicht hat nachweisen können. Dagegen fand sich eine weit vorgeschrittene Atrophie zahlreicher Muskeln und Nerven. Von letztern waren am hochgradigsten die Endverzweigungen der motorischen Nerven degenerirt, in weit geringerem Grade die Stämme und Wurzeln. Dieser Befund spricht gegen die spinale Natur der Bleilähmung. Da die Symptome der Bleivergiftung zu wiederholten Malen seit Jahren aufgetreten waren, so zeigt der Fall zugleich auch, dass selbst bei längerem Bestand einer Degeneration peripherer Nerven die Ganglienzellen der Vorderhörner des Rückenmarkes intact bleiben können.

Antrag von Prof. *Forel*, betreffend Vornahme einer Zählung der Geisteskranken im Canton Zürich.

Solche Zählungen sind in andern Ländern, und auch früher bei uns vorgenommen worden. Vortr. bedauert, dass diese Zählung nicht, wie er es gewünscht

hätte, und wie es das letzte Mal (1870) geschah, zunächst mit der eidg. Volkszählung von 1880 verbunden worden ist. Es handelt sich hiebei nicht blos darum, die Zahl der vorhandenen Irren, um dieses Ergebnisses willen, nach Möglichkeit zu ermitteln, sondern es verbinden sich damit andere wichtige Fragen: Nehmen die Geisteskrankheiten zu, und in welchem Maasse? — Welche Formen derselben kommen vorwiegend vor und was kann an denselben schuld sein? — Wo und wie sind die Kranken verpflegt? etc. —

Solche Zählungen sind besonders in England und Schottland die Grundlage einer vollständigen und glücklichen Organisation der Irrenpflege inner- und ausserhalb der Anstalten geworden. Warum sollte dieses bei uns nicht der Fall werden?

Bei der immer bedeutenderen Zahl der im Canton Zürich in öffentlichen und privaten Anstalten verpflegten Geisteskranken, bei der ebenfalls sehr bedeutenden Zahl derjenigen Kranken, welche diese Anstalten ungeheilt verlassen, ist es gewiss keine gleichgültige Sache, diesem socialen Krebsübel, d. h. besonders seinen ausserhalb der Anstalten befindlichen Wurzeln genauer nachzuforschen, denn um einem Uebel richtig entgegenarbeiten zu können, muss man zuerst seine örtliche Verbreitung, seine Ursachen und seine Natur kennen.

Zur Vornahme einer Irrenzählung ist aber die thätige Beihülfe der Zürcher Aerzte unumgänglich nothwendig. Von derselben wird das Ergebniss der Zählung abhängen. Wir müssen daher an den Patriotismus und an den gemeinnützigen Sinn der Zürcher Aerzte appelliren, der gewiss der guten Sache eine kräftige Mithülfe nicht versagen wird.

Mit dieser Statistik liesse sich leicht eine Zählung der Blinden, Taubstummen etc. verbinden.

Für die vor 10 Jahren im Canton Bern auf Anregung des damaligen Secundararztes der Waldau, Herrn Dr. *Fetscherin* (jetzt Director von St. Urban), von den Aerzten des Cantons vorgenommene Irrenzählung wurden sehr practische Formulare (Zählkarten) verwendet. Vortr. zeigt ähnliche Vorlagen. — Während die eidg. Zählung (durch die Behörde vorgenommen) im Canton Bern nur 2021 Geisteskranke verzeichnet hatte, ergab die kurz darauf erfolgte Zählung durch die Aerzte deren 2804 (1512 Idioten und Cretinen, 1292 eigentliche Geisteskranke).

Discussion: Sanitätsrath Dr. *Zehnder* erklärt, warum auf *Forel*'s Eingabe, die Zählung mit der Volkszählung zu verbinden, nicht habe eingegangen werden können: die Zählungsbeamten seien eben dafür nicht die geeigneten Persönlichkeiten. — Familienlisten können auf dem Lande ohne grosse Schwierigkeiten von den Aerzten, Geistlichen und Lehrern erhalten werden; in der Stadt aber und namentlich in den Ausgemeinden sei dies viel schwieriger. — Auf das Vorgehen selbst will *Z.* bei der vorgerückten Zeit nicht eintreten, aber wir sollen uns zur Frage stellen. Antrag: Wir erklären der Sanitätsdirection, dass die Gesellschaft bereit sei, zur Förderung und Erledigung der Frage das Ihrige beizutragen, und beauftragen den Vorstand, dem Sanitätsdirector gegenüber dies auszudrücken.

Dr. *Hegner*. Es ist kein Zweifel, dass eine Irrenstatistik nöthig ist, aber *H.* hält den vorgeschlagenen Weg nicht für den passenden: die Gesundheitscommissionen wären das richtige Organ, um bei einer Volkszählung gleichzeitig diese

Aufnahmen zu erheben. — Den Aerzten allein ist dies nicht möglich, und wenn andere Berufsarten hineingezogen werden, so gibt es leicht Confusion.

Prof. *Forel* begreift ganz gut, dass bei einer Volkszählung, die schnell und zwar in einem Tag gemacht werden muss, die gewünschten Aufnahmen nicht erhoben werden können, aber gleich nachher und im Anschluss daran.

Dr. *Zehnder* theilt mit, dass die Gesundheitscommissionen auch schon im Sanitätsrath in Aussicht genommen worden seien, und man sich dachte, dass dieselben dann die Hülfe der Aerzte, Geistlichen und Lehrer in Anspruch nehmen würden. Man soll ja nicht noch 10 Jahre warten, da der Canton Zürich ja in dieser Beziehung noch so manches zu thun hat (für die Verpflegung und Unterbringung der Irren).

Der Antrag *Zehnder* wird angenommen.

Dr. *Meyer-Hoffmeister* referirt über die Jahresrechnung. Wir machen einen Rückschlag, aber er ist durch frühere Vorschläge reichlich gedeckt. Die Gesundheitsblätter eröffnen mit 1881 ihren 10. Jahrgang. Die Rechnung wird genehmigt und dem langjährigen Quästor, Dr. *H. J. Billeter*, bestens verdankt.

Antrag über die Taxfrage. Dr. *Haab* als Referent will der Discussion der Taxfrage das Forum der cantonalen ärztlichen Gesellschaft gewahrt wissen, gegenüber dem Aerztetag, der separat darüber Verhandlungen gepflogen hatte.

Nach ziemlich erregter Discussion über diese Competenzfrage, an welcher sich Dr. *Zehnder*, Dr. *Hegner*, Dr. *Zweifel*, Dr. *Jenni* und Prof. *Horner* betheiligten, wurden die Anträge der Gesellschaft der Aerzte von Zürich und Umgebung angenommen, dass man auf die Taxfrage eintrete, aber „eine grössere Commission aus dem Schoosse der cantonalen ärztlichen Gesellschaft wähle, welche die Frage zu studiren und dann eine ausgearbeitete Vorlage zu machen hätte“.

Es sollen vom Vorstand 11 Mitglieder und zwar aus jedem Bezirk eines in diese Commission bezeichnet werden. — Zugleich soll auch die Frage der unentgeltlichen Krankenpflege zur Besprechung vorbereitet werden.

Ein Vortrag von Dr. *Theod. Brunner* über folliculären Dickdarmcatarrh musste der vorgerückten Zeit wegen verschoben werden.

Dr. *Hermann Müller*, der als Director der Poliklinik schon vielfach Gelegenheit gehabt hat, mit dem Gotthardwurm (Ankylostoma duodenale) behaftete Tunnelarbeiter zu beobachten, stellt einen solchen wachsblassen Patienten vor, und demonstrirte die Würmer sammt ihren Eiern, welch' letztere so charakteristisch sind, dass man aus einem einzigen Ei, das man in den Entleerungen findet, mit Sicherheit den Schluss ziehen kann, dass die Ursache der Krankheit die Würmer sind, von denen oft viele hunderte bei einem Kranken gefunden werden. —

Man eilte zum Mittagessen, das diesmal eine ganz besondere Würze erhielt durch die Feier der vier Jubilare, die der Gesellschaft seit 50 Jahren angehören. Es sind die Herren Dr. *Rudolf Brunner* in Küssnacht, *Fr. Ehrensperger* in Oberwinterthur, Dr. *H. H. Hirzel* in Zürich und *H. Zweifel* in Höngg. Sie wurden vom Präsidenten in feierlicher Ansprache begrüsst und beglückwünscht und von der Gesellschaft mit einem Ehrendiplom bedacht. Alle vier erfreuen sich einer guten Gesundheit und sind noch rüstig und thätig in ihrem Berufe.

Eine in sinniger Weise im Grunde des Saales aufgestellte Büste von Dr. *Paulus Usteri* gibt Herrn Dr. *L. v. Muralt* Veranlassung, in einem Toaste dieses langjährigen Präsidenten unserer Gesellschaft zu gedenken, des berühmten Schriftstellers und Staatsmannes, der überall, wo es sich um gesunden und zielbewussten Fortschritt und edle uneigennützige Gemeinnützigkeit handelte, kräftig anregend wirkte und mit seiner imponirenden Energie durchschlagend eingriff.

Der Actuar: Dr. *Wilh. v. Muralt.*

Referate und Kritiken.

Traité d'anesthésie chirurgicale.

Par *J. B. Rollenstein.* Paris. 1 vol.

Sur le sujet si souvent traité de l'anesthésie chirurgicale, *R.* a écrit un grand volume de 425 pages, accompagné de nombreuses planches, de tracés graphiques etc. A première vue, il semblerait que l'auteur n'a fait qu'ajouter un traité à tant d'autres sur la même matière. Il n'en est rien cependant. Je ne m'arrêterai pas à apprécier les chapitres consacrés à l'étude de l'action physiologique des principaux anesthésiques, protoxyde d'azote, éther, chloroforme: je passerai également sur les notions chimiques, le mode d'administration, les accidents de l'anesthésie, ainsi que ses contre-indications.

Il est cependant, dans le livre de M. *R.*, quelques points qui méritent d'être relevés. Nous citerons le chaleureux plaidoyer pour rendre justice à l'homme qui a découvert l'anesthésie chirurgicale, *Horace Wells,* dentiste à Hartford (Etats-Unis). On sait que communément, la gloire de cette splendide découverte est attribuée à *Morton* et à *Jackson.* Au dire de *R.*, ceux-ci s'en sont emparés, au détriment de *H. Wells* qui avait déjà signalé le phénomène de l'anesthésie le 10 décembre 1844.

Dans la partie de son livre consacrée aux trois principaux anesthésiques, *R.* repousse l'emploi du chloroforme comme mettant trop en danger la vie du malade: il écarte aussi l'éther seul, à cause de la période d'excitation du début.

Pour les opérations de courte durée, il recommande l'emploi du protoxyde d'azote seul; pour les opérations de longue durée, il appuye la méthode de *Clover* qui consiste à „sidérer le malade avec le protoxyde d'azote et à continuer ensuite sans transition l'anesthésie par l'éther."

Le but principal du livre de *R.* est de chercher à ramener les chirurgiens à l'emploi du protoxyde d'azote, comme *Colton* l'a fait en Amérique et en Angleterre.

R. termine en consacrant un important chapitre à l'anesthésie proto-azotée par la méthode de *Paul Bert.* Celle-ci consiste à opérer dans une cloche ou chambre, dans laquelle on augmente la pression atmosphérique. L'augmentation de pression oscille entre 15 et 22 centimètres. L'anesthésie s'opère avec un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène. Une pompe hydraulique augmente la pression à l'intérieur de la cloche au degré convenable, après l'entrée du malade et des assistants. L'anesthésie se produit sans excitation, avec un calme parfait, sous un seul mouvement de la part de l'opéré et, au dire des partisans de la méthode, sans aucun danger. Malheureusement l'appareil du Dr. *Fontaine*, construit sur les principes de la méthode de *Paul Bert* a un inconvénient majeur: il coute au minimum 15,000 francs, et en conséquence n'est pas à la portée de tous les médecins. Il est à remarquer cependant que cette méthode, par son innocuité, paraît destinée à entrer dans la pratique de la grande chirurgie.

J'ajouterai pour ma part que, si l'air extérieur pouvait être introduit et rester entièrement pur dans la cloche, on aurait réalisé en même temps l'idéal de la pensée de *Lister*, ce qui apporterait une grande simplification du pansement antiseptique.

En résumé, le livre de *R.* est fait particulièrement pour les chirurgiens qui ont à cœur d'apporter des améliorations dans les méthodes d'administration des anesthésiques. A ce point de vue, il est appelé à éveiller des idées nouvelles et à rendre ainsi des services. Il est à douter cependant que, mis entre les mains des élèves, il puisse réellement prétendre un rôle de traité destiné à éclairer de futurs praticiens sur la question si im-

portante de l'anesthésie et à les diriger dans cette voie encore si obscure et si difficile à suivre correctement. *Boéchat.*

Deutsche Chirurgie.

Lieferung 51: Die Endoskopie der Harnröhre und Blase von Dr. *J. Grünfeld.* 240 Seiten. Stuttgart, Enke's Verlag, 1881.

Zum ersten Male wird dem deutschen Leser in der vorliegenden Arbeit ein Compendium der Endoskopie der Harnröhre geboten und es ist kein geringes Zutrauens-Votum für diese neue Untersuchungs-Methode, dass ihr ein würdiger Platz in der „Deutschen Chirurgie" reservirt wurde.

Die Endoskopie, ein weiteres Glied in der Reihe unserer physicalischen Untersuchungs-Methoden, theilt mit einigen ihrer Geschwister das Schicksal, dass man primär allzu grosse Hoffnungen von ihr hegte, die nachher ganz bedeutend abgekühlt wurden. Die Durchleuchtung des Magens, des Abdomens überhaupt ist bis jetzt noch ein pium desiderium und wird es wohl noch trotz der Colossal-Apparate der Neuzeit eine Weile lang bleiben.

Die *Grünfeld*'sche Arbeit wird jedoch, wie wir hoffen, der neuen Untersuchungs-Methode der Harnröhre neuen Credit bringen. Das Instrumentarium ist ein sehr einfaches: ein Concav-Spiegel mit Stirnbinde und zwei Formen des Endoscop's; zur Beleuchtung wird Sonnen- oder künstliches Licht verwendet. Es verlangt die Endoscopie jedoch vor Allem enorme Uebung: sie liefert blos eine Masse kleinster Fragmente dessen, was man sehen soll, und erst durch Combination erhält man den Effect eines Gesammt-Bildes. Diese Combination ist nun meist recht schwierig.

Die neue Untersuchungs-Methode der Harnröhre wird vom Verf. besonders durch den Hinweis auf ihren practisch-therapeutischen Nutzen zu poussiren gesucht und auch in dieser Beziehung hat die Arbeit grosses Interesse. Wer z. B. die bisherige schablonenmässige Behandlung des chronischen Trippers von Seite der Aerzte sowohl wie der gemeinsten Quacksalber nur ein wenig kennt, wird mit Freude eine Untersuchungs-Methode begrüssen, welche exacte Aufklärung gerade über die chronisch-catarrhalischen Zustände der Harnröhre gibt. Durch die Localisation der pathologischen Zustände wird natürlich die locale Therapie in den Vordergrund gestellt und über das planlose Injiciren und Touchiren mit Lapis etc. das Schwert gebrochen.

Die dem Werke beigegebenen Tafeln endoscopischer Bilder sind angenehme Wegweiser zur Deutung der verschiedenen Befunde und ermöglichen es Jedermann, sich die neue Untersuchungs-Methode anzueignen. *Kaufmann.*

Ueber Myocarditis und die übrigen Folgen der Vagussection bei Tauben.

Von *Ph. Knoll.* (Sonderabdruck a. d. Prag. „Zeitsch. f. Heilk.", Bd. I, 1880.) Verl. v. Tempsky.

Die in den letzten Jahren so vielfach discutirten Lungenveränderungen, welche nach Durchschneidung beider nerv. vagi bei Säugethieren so regelmässig auftreten, haben nun auch einer Reihe entsprechender Arbeiten an der Classe der Vögel gerufen. Nachdem schon im Anfang dieses Jahrhunderts *Blainville* einen späten Tod, namentlich völliges Fehlen entzündlicher Lungenveränderung bei diesen Thieren kennen gelernt, nachdem dann *Billroth* diese Integrität der Lungen in Zusammenhang mit der hier trotz Durchschneidung der nn. recurrentes noch bestehenden Integrität des oberen Kehlkopfs gebracht, den endlichen Tod aber aus der Lähmung des Kropfes abgeleitet, also als Inanitionstod erklärt hatte, schien eine feste Burg der sog. trophischen Nerven auch auf diesem so einleuchtenden, vergleichend physiologischen Wege gefallen.

Durchschneidung beider nn. vagi beim Säugethier macht Lähmung des Kehlkopfs und entzündliche Veränderungen der Lungen; Durchschneidung beider Nerven beim Vogel lässt den Kehlkopf intact und auch die Lungen intact; also wird wohl die Lungenentzündung beim Säuger mit dessen mangelhaftem Kehlkopfverschlusse zusammenhängen, wird eine Fremdkörperpneumonie sein.

Ohne vorher die Untersuchung *Billroth*'s zu kennen, hatte dann Ref. in Untersuchungen an Tauben genau dieselben Ergebnisse gefunden, dieselben Schlussfolgerungen gezogen und kurz darauf in der ärztl. Gesellschaft zu Zürich im Frühjahr 1875 auch vorgetragen, es ist aber eine weitere Publication nach Kenntnissnahme der Arbeiten von *Billroth* und

Boddært unterblieben. Aber wenn damit die Tauben sicher ohne trophische Nerven der Lungen auch weiter leben konnten, so sollte ihr endlicher Tod nun doch auf spec. trophischen Störungen beruhen, und hatte vor Kurzem noch *Eichhorst* entzündliche Veränderungen des Herzmuskels als letzte Todesursache vagotomischer Tauben angegeben; es wäre der n. vagus also der spec. trophische Nerv des Herzens. Gegen diese Auffassung nun wenden sich ungefähr gleichzeitig die Arbeiten von *Zauder* und von *Knoll*.

Die Arbeit von *Knoll* liefert uns ein höchst detaillirtes Bild von dem ganzen Haushalt eines in dieser Weise gestörten Thieres.

Aenderungen von Athmung und Kreislauf werden in ausführlicher Weise geschildert, eine selten fehlende Hyperæmie der Lungen aus der veränderten Mechanik der Athmung abgeleitet, Hyperæmien des Darms in gleicher Weise erklärt. Was aber das Wichtigste ist, die von *Eichhorst* behauptete Myocarditis ist eine durchaus inconstante, die gewöhnlicher Inanition vollkommen gleiche, äusserste Abmagerung aber eine nie fehlende Erscheinung.

Die Myocarditis ist also keine directe Folge des Ausfalls trophischer Herznerven, ihr Auftreten kann also nur indirect aus andern Folgen der Vagussection abzuleiten sein. Die enorme Steigerung der Pulszahl (von 150—300 auf 400—500 p. M.) zusammen mit der Dyspnœ und Inanition dürfte wohl geeignet sein, solche Endproducte einer gewaltigen Ueberanstrengung des Herzens zu liefern.

Respirationscurven sowie Zeichnungen myocarditischer Präparate sind der sehr einlässlichen und sorgfältigen Arbeit beigegeben. *B. Luchsinger.*

Beiträge zur Zahnheilkunde.

Neue Abhandlungen von Prof. Dr. *Ludwig H. Holländer* in Halle.
Leipzig, Verlag von Arthur Felix.

Professor *Holländer* bringt uns in diesen Abhandlungen über die wichtigsten Gebiete der Zahnheilkunde zum grossen Theil eigene Beobachtungen und Erfahrungen, und wo es sich um die Arbeit anderer Autoren handelt, hat er deren Resultate sorgfältiger eigener Controle unterworfen. Er bietet uns eine Fülle interessanter Thatsachen, und was noch werthvoller ist und das Werk um so geniessbarer macht, er hat sich bestrebt, die Gesetze aufzufinden, durch welche sich diese Thatsachen erklären und begründen. Das Studium des Büchleins sei nicht nur dem Specialisten angelegentlich empfohlen, sondern auch dem practischen Arzte, weil darin Fragen behandelt werden, die auch an den letztern täglich herantreten und über die er wenigstens ein Urtheil haben muss. Dr. *H. J. Billeter.*

Cantonale Correspondenzen.

Freiburg. Versammlung der Aerzte des Cantons Freiburg (30. Jan. 1882). Ende Januar haben sich die Mitglieder der medicinischen Gesellschaft unseres Cantons in Freiburg versammelt. Ein reges wissenschaftliches Leben nebst einem gemüthlichen zweiten Act haben dieselben für ihr zahlreiches Erscheinen belohnt. Aus den ärztlichen Berichten ergibt sich, dass die Masern im zweiten Halbjahr 1881 ihre Herrschaft behauptet haben; fast alle Cantonstheile wurden von denselben heimgesucht. Im Allgemeinen waren sie gutartiger Natur und haben wohl kaum mehr als zwischen 1—2% Opfer gefordert. Nebst den Masern beobachteten mehrere Aerzte Fälle von Varicellen, — oft mit ersteren complicirt, — ferner Erysipelas, Keuchhusten, in mehreren Ortschaften kleine Epidemien von Diphtheritis und sporadisches Auftreten von Typhus, besonders in der sogenannten „Unterstadt“ des Hauptortes.

Aus den Verhandlungen practischer Natur sei Einiges erwähnt: Dr. *Boéchat* präsentirte eine Frau, bei welcher wegen weitgehenden Eitersenkungen hinter dem Sternum von Prof. *Kocher* in Bern der ganze rechte Rand des Knochens und die rechtsseitigen Rippenknorpel resecirt wurden, um das Mediastinum in seiner ganzen Länge zu eröffnen. Der Erfolg dieser kühnen Operation war ein höchst günstiger; die Patientin ist auf dem Wege der Heilung, die Wunde ist bis auf kleine Stellen bereits vernarbt und das Allgemeinbefinden der Operirten ist ein sehr befriedigendes.

Dr. *Castella* stellte einen Arbeiter vor, bei welchem wegen cariösen Processen die rechten Fusswurzelknochen — den calcaneus ausgenommen — und theilweise die

Metatarsalknochen nach und nach entfernt werden mussten. — Patient hat trotzdem in Folge knorpliger Ersatzbildungen einen ganz brauchbaren Fuss beibehalten und gibt einen Beweis, was die conservative Chirurgie leisten kann. —

Dr. *Neiss* von Payerne demonstrirte einen resecirten, durch Osteosarcom degenerirten rechtsseitigen Oberkiefer.

Ein Vereinsmitglied reichte eine Klageschrift ein gegen einen Curpfuscher — Worley — in Neuville im Canton Freiburg, welcher die Sache ziemlich bunt und ungenirt treibt. Dadurch wurde ein recht böser und wunder Fleck des freiburgischen Medicinalwesens berührt. Wie in vielen Cantonen der Schweiz florirt die Curpfuscherei auch in dem unsrigen, und zwar derzeit üppiger als je. — Das der Heilung bedürftige Publicum leidet nebst seinen Gebrechen an einer erschreckenden Leicht- und Abergläubigkeit. Nicht blos hergelaufene frühere Spitalwärter, Schnapsbrüder aller Art, Zahnkünstler, Pedicuren und Pflasterverkäufer für Hernien etc. feiern in der Ausbeutung der Glaubseligkeit wahre Orgien und werden dabei als gefeite Sonntagskinder angesehen, die mehr wissen als Andere, sondern selbst Thierärzte und wohlbekannte Apotheker versehen ihre regelmässige Praxis, stellen ihre „Doctorrechnungen“ für „ärztliche“ Behandlung aus und begrüssen selbstbewusst einen ihnen begegnenden Arzt als „Collega“. — Und gestehe man es nur offen: nicht blos bei weniger gebildeten Volksclassen, sondern auch in höhern Kreisen hat die „ewig bestehende“ Dummheit ihren Wigwam aufgeschlagen. Fast allenthalben in der Schweiz geht es in gleicher Weise fort, was auch die Aerzte, an viel besuchten Curorten wohnend, mehrtheils bestätigen könnten. Dem Uebel ist wohl kaum abzuhelfen — gerade von wegen der ewigen Dummheit; — in der Theorie bestehen Gesetze, in praxi aber herrscht Practicierfreiheit. — Dem könnte jedoch gesteuert werden! — Vor Allem wäre zu dem Zweck ein besseres Zusammenwirken der Aerzte nothwendig, um die nöthigen Schritte bei den competenten Behörden — sowohl cantonalen als eidgenössischen — zu thun. — Anderseits würde eine mehrfach bessere Pflege der Collegialität ihre Früchte bringen. Wenn das Publicum oft genug zu hören bekommt, wie sich die Söhne Aesculaps gegenseitig „Esel“ und „Dummköpfe“ nennen, so wird dasselbe durch dergleichen Rücksichtslosigkeiten im Zutrauen für unsere Kunst nicht sonderlich bestärkt; der beissende Volkswitz gibt dies klar genug zu verstehen. Es zeigt sich auch hier, dass der Fluch der bösen That ist, dass sie immer forterzeugend nur Böses gebiert. . . *g.*

Wochenbericht.

Schweiz.

— Bundesgesetz betreffend **Maassnahmen gegen gemeingefährliche Epidemien.** (Vom 31. Januar 1882.)

Die Bundesversammlung der schweizerischen Eidgenossenschaft, nach Einsicht einer Botschaft und eines bezüglichen Gesetzentwurfs des Bundesrathes vom 18. Christmonat 1879; in Vollziehung von Art. 69 der Bundesverfassung, beschliesst:

Art. 1. Die „gemeingefährlichen Epidemien“ (Art. 69 der Bundesverfassung), gegen welche das Gesetz zur Anwendung kommt, sind: Pocken, asiatische Cholera, Fleckfieber, Pest.

Bundescompetenz. Art. 2. Der Bundesrath überwacht die Vollziehung des Gesetzes und trifft die hiefür erforderlichen Maassregeln.

Competenz der Cantone. Art. 3. Der Vollzug des Gesetzes ist Sache der Cantone. Dieselben haben durch eine geeignete Organisation des öffentlichen Gesundheitsdienstes dafür zu sorgen, dass das Auftreten gefährlicher epidemischer Krankheiten so rasch als möglich der cantonalen Gesundheitsbehörde und durch diese der Regierung zu Handen des eidgenössischen Departements des Innern zur Kenntniss gelangt, und dass die vom Gesetze geforderten allgemeinen Schutzmaassregeln, sowie besondere Anordnungen unverzüglich und vollständig vollzogen werden. Die bezüglichen Gesetze und Verordnungen sind binnen Jahresfrist dem Bundesrathe zur Genehmigung vorzulegen.

Militärische Gesundheitspolizei. Art. 4. Die militärische Gesundheitspolizei — inbegriffen die zum Schutze der Armee gegen die Epidemien zu treffenden

Maassnahmen — ist unmittelbar Sache des Bundesrathes und seiner hiefür bestellten Organe. Von dem Auftreten einer epidemischen Krankheit in einem im Dienste befindlichen Corps ist von der militärischen Gesundheitsbehörde sogleich der Gesundheitsbehörde des betreffenden Cantons Kenntniss zu geben.

Vorbeugende Maassregeln. Art. 5. Die cantonalen Behörden haben dafür zu sorgen, dass Strassen, Plätze, Höfe, Luft, Canäle und Gewässer in den Ortschaften rein gehalten, der Untergrund der Wohnhäuser so weit als möglich trocken gelegt und vor Verunreinigung bewahrt bleibe, sowie eine ausreichende Controle des Trinkwassers und der Lebensmittel auszuüben. Beim Herannahen einer gemeingefährlichen Epidemie haben sie ausserdem rechtzeitig die Beschaffung von Desinfectionsmitteln anzuordnen, für Bereithaltung von angemessenen Absonderungslocalen und Transportmitteln für Kranke und Gestorbene, für Aufnahmslocale für Gesunde, für unentgeltliche Verpflegung und ärztliche Behandlung armer Kranker zu sorgen, sowie unter Umständen die Bevölkerung auf die geeigneten Schutzmaassnahmen aufmerksam zu machen. Zur Verhütung der Einschleppung einer Seuche durch Reisende erlässt der Bundesrath die nöthigen Anordnungen.

Anzeigepflicht. Art. 6. Der behandelnde Arzt hat von jedem ihm vorkommenden Krankheitsfalle, der in den Bereich des Art. 1 gehört, der Orts-, sowie der ihm vorgesetzten Gesundheitsbehörde unverzüglich Mittheilung zu machen. Derselben Verpflichtung sind unterstellt alle Personen, welche in den Cantonen, wo die ärztliche Praxis freigegeben ist, sich mit Behandlung kranker Personen befassen. Auch Krankenanstalten haben von jedem Falle der Aufnahme von solchen Kranken der ihnen vorgesetzten Gesundheitsbehörde Anzeige zu machen. Bei Kranken, welche nicht ärztlich behandelt werden, ist der Vorstand der Familie, beziehungsweise des Hauses, zur sofortigen Anzeige an die Ortsbehörde verpflichtet. Letztere hat der Gesundheitsbehörde mit möglichster Beförderung davon Kenntniss zu geben und unterdessen die nöthigen Vorkehrungen zu treffen.

Isolirung. Art. 7. Ein von einer gemeingefährlichen epidemischen Krankheit Befallener, die zu seiner Pflege bestimmten Personen, sowie dessen Wohnung, beziehungsweise Krankenzimmer, sind möglichst zu isoliren. Dem Kranken ist auf sein Begehren zu gestatten, in seiner Wohnung zu verbleiben, insofern die Anordnungen betreffend die Isolirung gehörig durchgeführt werden. Die Isolirung hat fortzudauern, bis durch ärztliches Zeugniss die Genesung festgestellt oder der Kranke, beziehungsweise im Todesfall die Leiche, aus der Wohnung gebracht ist und die vorgeschriebene Desinfection stattgefunden hat. Gesunde, welche nicht durch eigenes Verschulden der Isolirung unterworfen werden, und dadurch den Erwerb verlieren, haben Anspruch auf Entschädigung im Falle des Bedürfnisses, worüber die zuständigen cantonalen Verwaltungsbehörden entscheiden.

Art. 8. Der Transport von Seuchekranken, für welchen öffentliche Transportmittel jedenfalls nicht benutzt werden dürfen, ist nur ausnahmsweise und unter Zustimmung des Arztes mit Bewilligung und unter Aufsicht der Ortsbehörde zu gestatten.

Vorkehrungen betreffend die Leichen. Art. 9. Die Leiche ist auf dem Begräbnissplatze derjenigen Gemeinde, beziehungsweise Anstalt, in welcher der Kranke verstorben ist, zu beerdigen, unter strenger Beobachtung der gegen weitere Verbreitung des Ansteckungsstoffes erforderlichen Vorsichtsmaassregeln. Die Beerdigung hat so bald als möglich, jedoch nicht vor Ablauf von zwölf Stunden nach erfolgtem Tode, stattzufinden. Der Transport von Leichen in eine andere Gemeinde, sowie die Ein- und Durchfuhr aller Leichen aus epidemisch ergriffenen Ländern ist während der Dauer der Epidemie untersagt.

Desinfection. Art. 10. In jedem Erkrankungsfalle sind unter Aufsicht und Verantwortlichkeit der zuständigen Ortsbehörde, sowie auf öffentliche Kosten, sofort alle Personen und Gegenstände, welche mit dem Kranken oder nach dessen Tod mit der Leiche in Berührung gekommen sind, zu desinficiren. Ebenso soll nach Genesung oder Ableben des Kranken das ganze Haus, beziehungsweise die Wohnung, nebst Abortkasten und Canälen desinficirt werden.

Art. 11. Gegenstände, deren Werth in keinem Verhältniss zu den Desinfectionskosten steht, oder deren fernerer Gebrauch die Gefahr einer Verschleppung auch für die Zukunft

unterhält, können auf Anordnung der Behörde vernichtet werden, wofür indessen der Eigenthümer billig zu entschädigen ist.

Art. 12. Verkehr und Handel mit schmutziger Wäsche, getragenen Kleidern und Lumpen sind in jeder Gemeinde, in welcher eine gemeingefährliche Epidemie herrscht, untersagt. Die cantonalen Behörden haben dieses Verbot nöthigenfalls auf benachbarte Gemeinden auszudehnen, und, wenn Gefahr für benachbarte Cantone vorhanden ist, die Behörden derselben zu ähnlichen Maassnahmen zu veranlassen. Im Falle die Ausführung dieser Vorschriften vernachlässigt wird, hat der Bundesrath einzuschreiten. Ebenso kann derselbe die Einfuhr von obigen und von andern zur Verschleppung von Ansteckungsstoffen geeigneten Gegenständen in die Schweiz zu Zeiten drohender Gefahr verbieten. Gewerbe und Fabriken, die sich mit der Verarbeitung und dem Vertriebe solcher Stoffe, sowie mit der Reinigung schmutziger Wäsche befassen, sind gesundheitspolizeilich nach Maassgabe der Bestimmungen dieses Gesetzes, besonders bezüglich Desinfection, zu überwachen.

Impfung. Art. 13. Jedes in der Schweiz geborene Kind soll in der Regel im ersten, spätestens im zweiten Lebensjahre geimpft werden. Eine weitere Verschiebung der Impfung ist nur aus ärztlich constatirten Gesundheitsrücksichten zulässig. Auswärts geborene, ungeimpft in die Schweiz gebrachte Kinder sind ebenfalls beförderlich zu impfen. Ueber die vollzogene Impfung ist eine von einem patentirten Arzte unterzeichnete Bescheinigung auszustellen.

Art. 14. Ohne einen solchen Impfschein darf kein Kind definitiv in eine öffentliche oder Privatschule aufgenommen werden.

Art. 15. Der Bund sorgt für genügende Bezugsquellen, aus welchen unter besonderer amtlicher Aufsicht unentgeltlich zuverlässige thierische oder menschliche Lymphe an die Impfärzte abgegeben wird. Die Cantone haben dafür zu sorgen, dass die Impfpflichtigen, sowie diejenigen, welche zur Wiederimpfung sich stellen, Gelegenheit zu unentgeltlicher Impfung und Wiederimpfung erhalten.

Art. 16. Die Impfärzte sind bei Verwendung der Stammimpflinge, wie überhaupt beim ganzen Impfgeschäft, zu grösster Sorgfalt verpflichtet und für die Folgen allfälliger Fahrlässigkeit verantwortlich. Die Stammimpflinge sollen wenigstens sechs Monate alt sein. Auf Verlangen der Impflinge oder bei Kindern auf Verlangen der Eltern oder ihrer Stellvertreter hat die Impfung mit thierischer Lymphe zu geschehen; auch ist Jedem freigestellt, die Impfung durch den amtlichen Impfarzt oder durch einen Privatarzt vornehmen zu lassen.

Art. 17. Beim Erscheinen der ächten Pocken (Variola und Variolois) in einem Canton ist die Impfung und Wiederimpfung durch amtliche und Privatärzte möglichst zu fördern.

Art. 18. Die cantonalen Behörden haben dafür zu sorgen, dass in jedem Pockenhause sofort alle Ungeimpften geimpft und diejenigen schon geimpften Personen, welche über 10 Jahre alt und nicht gepockt oder in den letzten 10 Jahren nicht bereits mit Erfolg revaccinirt worden sind, wiedergeimpft werden. Die Impfung ist nöthigenfalls auf alle Ungeimpften in der nächsten Umgebung des Pockenhauses auszudehnen. Bei stärkerer Verbreitung der Pocken sind diese Vorschriften auf weitere Kreise der Gemeindeeinwohner, so auch auf sämmtliche Arbeiter einer Fabrik oder Werkstätte, in welcher die Pocken ausgebrochen sind, anzuwenden.

Zeitlich gemeingefährliche Epidemien. Art. 19. Treten Scharlach, Diphtheritis, Typhus, Ruhr oder Kindbettfieber mit bedrohlichem, epidemischem Charakter auf, so hat die cantonale Behörde bezüglich vorbeugender Maassregeln, Anzeigepflicht, Isolirung, Desinfection und Leichenbesorgung die Bestimmungen der Art. 5, 6, 7 und 8, 9, 10—12 insoweit in Anwendung zu bringen, als dies durch die zeitlichen und örtlichen Verhältnisse geboten erscheint. Insbesondere wird sie auch dafür besorgt sein, dass die epidemischen Kinderkrankheiten nicht durch die Schule, Krankenbesuche und Begräbnissfeierlichkeiten verschleppt werden. Sollten diese Vorschriften offenbar vernachlässigt werden, so dass Gefahr weiterer Verbreitung der Krankheit entsteht, so hat der Bundesrath die erforderlichen Anordnungen zum Zwecke der Handhabung derselben zu treffen.

Kosten. Art. 20. Der Bund ersetzt den Cantonen bei Pocken, asiatischer Cholera, Pest und Flecktyphus einen Drittheil der nachgewiesenen Auslagen für Erstellung

und Einrichtung ausserordentlicher Absonderungslocale und allfällig errichteter Aufnahmslocalitäten für Gesunde, sowie für Isolirung (Art. 7, Alinea 4), einschliesslich der Entschädigung, und Desinfection.

Strafbestimmungen. Art. 21. Die Nichtbeachtung oder Umgehung der in diesem Gesetze enthaltenen Vorschriften oder specieller Anordnungen der zuständigen Behörden durch Private oder Beamte werden mit Geldbussen bis auf Fr. 1000 bestraft. In schwereren Fällen kann mit der Geldbusse auch Gefängniss bis auf sechs Monate verbunden werden. Im Wiederholungsfalle kann die Strafe bis auf das Doppelte erhöht werden. Die Untersuchung und Beurtheilung der Straffälle erfolgt durch die zuständigen Cantonalbehörden (Art. 1, 16 und 18 des Bundesgesetzes betreffend das Verfahren bei Uebertretung fiscalischer und polizeilicher Bundesgesetze, vom 30. Brachmonat 1849). Die Kosten, soweit sie nicht dem Angeklagten oder dem Kläger auferlegt werden und bei diesen erheben werden können, sind von der Bundescasse zu vergüten. Die Geldbussen fallen in die Bundescasse (Art. 20 des Bundesgesetzes über die Kosten der Bundesrechtspflege, vom 25. Brachmonat 1880). Vorbehalten bleiben die cantonalen Strafbestimmungen über absichtliche und fahrlässige Tödtung, Körperverletzung und Verbreitung von Seuchen.

Vollziehungsartikel. Art. 22. Der Bundesrath ist beauftragt, auf Grundlage der Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 17. Brachmonat 1874, betreffend die Volksabstimmung über Bundesgesetze und Bundesbeschlüsse, die Bekanntmachung dieses Bundesgesetzes zu veranstalten und den Beginn der Wirksamkeit desselben festzusetzen.

Datum der Publication: 14. Februar 1882. Ablauf der Einspruchsfrist: 15. Mai 1882.

— **Bibliographie.** Dissertationen der medicinischen Facultäten im Jahre 1881.

Basel: 1) *Edmund Schläpfer* von Speicher (Appenzell), Ueber Rippenenchondrom.

2) *Wilhelm Behrens* von Orbe (Vaud), Remarques et observations sur la dégénérescence graisseuse du coeur.

3) *Hermann Walder* von Wängi (Thurgau), Ueber Chondrom der Scapula.

4) *Victor de Mestral* (Lausanne), De l'opération radicale de la hernie ombilicaire,

5) *Henri Auguste Widmer* (Genf), Du poids des aliénés.

6) *Leopold Rütimeyer* (Basel), Ueber den Uebergang suspendirter Partikel aus dem Blute in das Lymphgefässsystem unter verschiedenen Circulationsverhältnissen.

7) *Oscar Brun* (Luzern), Ueber die Verwendbarkeit des Podophyllins und Podophyllotoxins in der Kinderpraxis.

8) *Theodor Zäslein* (Basel), Blutkörperchenzählungen und Blutfarbstoffbestimmungen bei Typhus abdominalis.

9) *Victor Cuénod* von Vevey (Vaud), Cure radicale des hernies.

10) *Henri Kohler* (Genf), Ueber Mastitis puerperalis (erst 1882 promovirt!)

11) *Emil Burckhardt* (Basel), Erfolge der chirurgischen Klinik zu Basel während der letzten 20 Jahre.

12) *Albert Hoffmann* (Basel), Klinische Beobachtungen über die Wirkung der Condurangorinde bei Carcinom.

Bern: 1) *Huldreich Wälle* (Lichtensteig), Ueber Perforation der Blase durch Dermoidcystome des Ovariums.

2) *Florian Stöckly* (Luzern), Zur Kenntniss der Fäulnissproducte des Gehirns.

3) *Domenico Pranèr* (St. Maria), Ueber die Bestimmung der Kindeslänge vor der Geburt.

4) *Max Stooss* (Bern), Beitrag zur Lehre von den chronischen Erkrankungen der motorischen Centren in der Medulla oblongata und spinalis.

5) *Edmund Amuat* (Pruntrut), Ueber die antiseptischen Eigenschaften schwacher Chlorzinklösungen.

6) *Olga Sokoloff* (Moskau), Physiologische und toxicologische Studien am Herzen.

7) *Hermann Sahli* (Wohlen), Beiträge zur topographischen Percussion im Kindesalter.

8) *Alfred Vonwiller* (St. Gallen), Ueber einige angeborene Tumoren.

9) *Fritz Dumont* (Bern), Ueber die Totalexstirpation der einzelnen Fusswurzelknochen und ihre Endresultate.

10) *Victor Surbeck* (Burgdorf), Ueber die antipyretische Wirkung des Resorcin und seine Verwandten.

11) *Johann Meuli* (Nufenen), Die Veränderungen von Puls und Temperatur bei elevirten Gliedern.

12) *Anna Bayer* von Melnik (Böhmen), Ueber die Zahlenverhältnisse der rothen und weissen Blutkörperchen von Neugeborenen und Säuglingen.

Genf: *Charles Saloz* (Vaud), Contribution à l'étude clinique et expérimentale du phénomène respiratoire de *Cheyne-Stokes*.

Zürich: 1) *David Trümpy* (Glarus), Zwei Fälle einer eigenthümlichen Hirnhautdifformität.

2) *Paul Sandoz* von Dombresson (Neuchâtel), Ueber Punctio pericardii und die tuberculöse Pericarditis.

3) *Conrad Hegner* (Winterthur), Ist die Wendung bei Beckenenge ein allgemein zu empfehlendes Verfahren?

4) *Ludwig Bloch* (Winterthur), Beitrag zur Kenntniss der Aneurismen.

5) *Franz Widmer* (Zürich), Zur Kenntniss und Beurtheilung der amputatio talocalcanea nach *Blasius*.

6) *Carl von Muralt* (Zürich), Die Staarextractionen der ophthalmologischen Klinik in Zürich 1870—1880.

7) *Alexander Monighetti* (Biasca), Ein Beitrag zur Pathologie der Anchylostomanæmie.

Bern. Hochschule. Herrn Dr. *Valentin* ist die nachgesuchte Entlassung von der Stelle eines Professors der Physiologie an der medicinischen Facultät ertheilt worden.

Genf. Medicinalgesetz. Der vom grossen Rathe in erster und zweiter Lesung berathene Gesetzesentwurf über die Ausübung der Heilkunde ist nicht in dritter Lesung angenommen worden, wie wir nach den irrthümlichen Angaben der Tagespresse gemeldet haben; sondern es wurde die dritte Lesung vertagt.

Neuenburg. Eine Drillingsgeburt hatte ich diesen Winter zu beobachten Gelegenheit; das relativ seltene Vorkommniss bietet wohl Interesse genug, besonders der speciellen Verhältnisse, wie Geschlecht der Kinder und Verhalten der Anhänge wegen, um kurz in einer medicinischen Fachschrift Erwähnung zu finden.

Die Mutter war zweitgebärende; sie ist selbst nicht Frucht mehrfacher Schwangerschaft, die auch in den Familien ihrer Eltern nicht beobachtet sein soll; auch war ihre eigene erste Schwangerschaft einfach. Dagegen war der Grossvater des Kindes väterlicherseits Zwilling. Die Geburt des ersten Kindes, eines etwa 6pfündigen Knaben, ging leicht in 1. Hinterhauptslage von Statten; es stellte sich dann rasch eine zweite Blase ein und nach einer halben Stunde und künstlichem Blasensprung wurde das zweite Kind in 2. Hinterhauptslage geboren. Wieder nach einer halben Stunde stellte sich eine dritte Blase, die den rechten Arm des dritten Kindes enthielt, das hierauf bei ziemlich heftiger Blutung durch Wendung auf den gleichnamigen Fuss und Extraction schnell entwickelt wurde. Das zweite und dritte Kind waren Mädchen von 4—5 ℔.

Wegen Wehenschwäche wurde hierauf Secale gereicht und da die Wirkung desselben ungenügend war, auch die Fruchtanhängsel manuel entfernt. Es lag zunächst eine kleinere runde Placenta vor, die offenbar dem ersten Kinde (Knaben) angehört hatte, sie sowohl wie ihre Eihäute waren ganz getrennt von der zweiten Placenta, die sehr viel grösser und länglich war; die an ihr sitzenden Eihäute zeigten sich bestehend aus einem einfach entwickelten Chorion und doppelten Amnion, so dass die beiden Mädchen in Einem Ei mit gemeinsamer äusserer und getrennten inneren Hüllen gelegen hatten, übrigens wohl das gewöhnliche Verhalten.

Das Wochenbett verlief trotz anfänglicher, ziemlich heftiger Metritis und Perimetritis günstig und blieb nur lange Anæmie zurück; von Säugen war keine Rede. — Die drei Kinder entwickeln sich bis jetzt in normaler Weise und sind den Umständen nach kräftig zu nennen. Es sind kleine Solothurner. Locle. *Trechsel.*

Waadt. Dr. *Aug. Cossy* †. In Paris starb unser ausgezeichneter Landsmann, Dr. *Aug. Cossy*, erst 33 Jahre alt. Am Hospice des enfants assistés versah er die Functionen der Klinik und zog sich hiebei eine Diphtherie zu, der er rasch erlag. *Cossy*, kaum erst verheirathet, hatte als Arzt und als Mensch eine viel versprechende Zukunft vor sich und hinterlässt eine schmerzliche Lücke.

Ausland.

— **Frequenz der Medicin Studirenden an den deutschen u. schweizerischen Universitäten im Wintersemester 1881/82.**

Berlin	640	Marburg	164
München	547	Göttingen	161
Leipzig	528	Bonn	152
Würzburg	509	Heidelberg	127
Breslau	316	Bern	121
Greifswald	316	Erlangen	106
Freiburg	198	Kiel	106
Halle	191	Basel	100
Königsberg	172	Jena	91
Tübingen	170	Genf	82
Zürich	169	Giessen	71
Strassburg	166	Rostock	56

Die weiblichen Studirenden und Auscultanten sind nicht mitgezählt.

Berlin. Ueber einige neue Formen der Tannindarreichung referirt Dr. *L. Lewin* in der deutschen medicinischen Wochenschrift vom 4. Februar. Die auf Grund experimenteller Untersuchungen vorgeschlagenen Verordnungen haben den Vorzug besser zu schmecken, viel schneller als das pulverförmige oder gelöste Tannin resorbirt zu werden, den Magen nicht zu belästigen, keine Nebenwirkungen zu erzeugen und ebenso, vielleicht noch stärker adstringirend auf entferntere Organe zu wirken, wie reines Tannin.

1) Gerbsaures Natron (Natrum tannicum). In dieser Form wird das Tannin wohl am schnellsten resorbirt. Die ganz schwach alcalisch reagirende Lösung muss gut verkorkt gehalten und in 1—2 Tagen verbraucht werden, da sich sonst unter dem Einflusse von Licht und Luft in derselben hellbraun bis grünlich braun oder dunkelgrün gefärbte Oxydationsproducte bilden: Rp. Solut. acid. tannici 1,0—5,0 : 150,0, Adde, Solut. Natri bicarbon. q. s. ad react. alcalin. MDS. . . .

2) Tanninalbuminat (Tanninum albuminatum). Die Darstellung geschieht so, dass zu der verordneten, in 100 grmm. Wasser gelösten Tanninmenge das in 100 grmm. Wasser gelöste Eiweiss eines Eies unter Schütteln hinzugefügt wird. Es entsteht anfangs ein käsiger Niederschlag von Tanninalbuminat, der sich bei weiterem Zusatz von Eiweiss wieder löst. Die Lösung hat ein milchiges Aussehen, schmeckt nur wenig adstringirend und wird sehr gut vertragen: Rp. Sol. acid. tannic. 2,0 : 100,0, Adde agitando, Sol. album. ovi un. 100,0. MDS. . . .

Die nach dem Zerschneiden und Lösen von rohem Eiereiweiss ungelöst bleibenden, fibrinösen Membranen können vorher oder nach Fertigstellung der Tanninalbuminatlösung abfiltrirt werden. Soll mehr Tannin als 2 : 100 verordnet werden, so muss auch entsprechend die Menge des Eiweisses wachsen.

3) Alcalisches Tanninalbuminat (Tanninum albuminat. alcalin.). Diese Form würde sich vielleicht zu einer länger dauernden Tanninmedication am besten eignen. Sie vereinigt in sich Tanninalbuminat und gerbsaures Natron. Sie wird dargestellt, indem man die verordnete, und in Wasser gelöste Menge Tannin durch Eiweiss fällt, gut umschüttelt und dann tropfenweise so lange kohlensaures Natron hinzufügt, bis die Flüssigkeit gerade klar wird. Hinsichtlich der Haltbarkeit steht sie der vorgenannten nach, verändert sich aber nur relativ wenig innerhalb zweier Tage: Rp. Acid. tannic. 2,0—5,0, Aq. destillat. 100,0, Adde agitando, Album. ovi un., Natr. bicarb. solut. q. s. ut fiat, Solut. limpida. MDS. . . .

Es ist empfehlenswerth, zuckerhaltige Corrigentien bei diesen Ordinationen ganz zu vermeiden.

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 11. bis 25. Februar 1882.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Von Varicellen sind 11 Fälle zerstreut über die Stadt angezeigt (9, 13, 14).

Von Scharlach sind 23 Erkrankungen angemeldet (20, 29, 26), welche sich auf sämmtliche Districte vertheilen.

Typhus 2 neue Fälle, wovon 1 von auswärts importirt; Gesammtzahl der Anmeldungen vom 11. Januar bis 25. Februar: 10 gegen 287 im gleichen Zeitraume des Jahres 1881.

Hals- und Rachenbräune zeigen eine bedeutende Abnahme; angemeldet sind nur 10 Fälle (23, 25, 42), zerstreut über die Stadt.

Auch Erysipelas ist wieder spärlicher; 8 neue Fälle (8, 10, 18).

Von Pertussis sind 3 vereinzelte Fälle angezeigt.

Parotitis 16 Anmeldungen, ausschliesslich aus Grossbasel.

Puerperalfieber 3 Erkrankungen bei verschiedenen Hebammen (5, 7).

Bibliographisches.

Ferner sind im Jahre 1881 noch eingegangen:

238) *Landau*, Dr. *Leop.*, Die Wanderniere der Frauen. Mit 9 Holzschnitten. 8°. 104 S. Berlin, Aug. Hirschwald. Preis Fr. 3.

239) *Verordnung* betreffend die Hebammen und Pflichtordnung für die Hebammen des Cantons Zürich. Nov. 1881.

240) *Aerztl. Bericht* über den Krankenbestand im Diaconissenspital zu Richen pr. 1880/81 von Dr. *L. G. Courvoisier-Sachs.*

241) *Scholz*, Dr. *Fr.*, Vorträge über Irrenpflege. Für Pfleger und Pflegerinnen. 8°. 134 S. Bremen, M. Heinsius' Verlag.

242) *Meyer*, Dr. *C.*, Zur Frage der öffentl. Krankenpflege im Canton Aargau. Mit 1 Tafel. 8°. 16 S. Lenzburg, G. Müller.

243) *v. Orelli*, Prof. Dr. *A.*, Die Stellung der Pharmacie zu Art. 31 der Bundesverfassung. Gutachten zu Handen der h. schweizerischen Bundesversammlung erstattet im Auftrag des Apothekervereins des Cantons Zürich. 8°. 31 S. Zürich.

244) *Pflüger*, Prof., Augenklinik in Bern. Bericht über das Jahr 1880. 8°. 51 S. und 1 Tafel.

245) *Senator*, Dr. *H.*, Die Albuminurie im gesunden und kranken Zustande. Mit 1 Tafel. 8°. 116 S. Berlin, Aug. Hirschwald.

246) *Knebusch*, Dr. *Th.*, Die Cathartica, ihre physiologischen Wirkungen, ihre Adjuvantien und Corrigentien und die Indicationen, sie zu verordnen. 8°. 62 S. Stuttgart, Ferd. Enke's Verlag.

247) *Huguenin*, Prof. Dr., Ist die Frage der Abschaffung des Impfzwanges mit Ja oder Nein zu stimmen? „Vortrag!“ 8°. 40 S. Zürich. Preis 50 Cts.

Briefkasten.

Berichtigung. Verabreichung des Chinolin betreff. s. Nr. 4, S. 122. Dosis 0,5—1,0 soll nicht heissen 12 Mal täglich, sondern 1—2 Mal täglich.

Herrn Dr. *Landolt* in Paris: Deine Mittheilung, dass die Assistentenstelle vergeben sei, kam erst am 15. in meine Hände, als die betr. Nummer schon gedruckt war. Freundliche Grüsse. — Herrn Dr. *Bisig-Dupré*, Bulle; Prof. *Pflüger*, Bern (Protoc. der Sommersitzung der med.-chirurg. cant. Gesellsch. — 16, VII, 1881 —); Dr. *Reali*, Lugano; Dr. *Trechsel*, Locle: Besten Dank. — Herrn Dr. *de Wette*, Basel; Dr. *Emil Burckhardt*, Basel; Dr. *Eugen Bischoff*, Basel: Mit bestem Dank erhalten. — Herrn Dr. *Gust. Custer*, Rheineck: Besten Dank für Ihre zeitgemässe und so gut ausgeführte Arbeit. — Herrn Apoth. *Sauter*, Genf: Unsern Dank: noch ist also Polen nicht verloren. Hoffen wir!

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die zweisp. Zeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N°. 6. XII. Jahrg. 1882. 15. März.

Original-Arbeiten.

Klinischer Beitrag zur topischen Diagnostik der Hirnverletzungen und zur Trepanationsfrage.

Von Prof. Dr. **Krönlein** in Zürich.

(Vortrag, gehalten am 7. Januar 1882 in der Gesellschaft der Aerzte in Zürich.)

Meine Herren! Unter den neueren Fortschritten auf dem Gebiete der experimentellen Physiologie ist wohl keiner von den Chirurgen mit grösserem Interesse und mit weitgehenderer Erwartung verfolgt worden, als derjenige, welcher unsere Kenntnisse über die Functionen der Grosshirnrinde so wesentlich umgestaltet hat und an welchen sich die Namen von *Fritsch*, *Hitzig*, *Ferrier*, *Schiff*, *Munk* und von so vielen anderen verdienten Forschern knüpfen. Indem diese Experimentatoren auf dem Wege künstlich angebrachter Reizungen und Zerstörungen circumscripter Regionen der Grosshirnrinde beim Thiere vor Allem den Nachweis lieferten oder doch zu liefern glaubten, dass den motorischen Acten einzelner Muskelgruppen oder Gliedabschnitte einer Körperhälfte mehr oder weniger begrenzte Provinzen der Grosshirnrinde der anderen Seite vorstehen, dass also von der Integrität dieser Rindentheile die Integrität jener Functionen abhänge, erweckten sie in dem Chirurgen, der nur zu oft in die Lage kommt, gewissen „äusseren" Affectionen der Hirnrinde gegenüber nur schon deswegen seine Ohnmacht zu bekennen, weil die Localdiagnose ihm unmöglich ist, die Hoffnung, dass es ihm von nun an besser und öfter gelingen werde, aus den functionellen Störungen, welche das klinische Bild sogenannter traumatischer Hirnfälle zusammensetzen, Art und Sitz accidenteller Verletzungen des von der Schädelkapsel verhüllten Gehirns zu erschliessen und auf Grund einer sicheren topischen Diagnose nun auch mit mehr Erfolg als früher in diesem oder jenem Falle operativ vorzugehen. Ja nicht nur dies! Weil die durch das Thierexperiment gewonnenen Resultate am Ende sich doch nicht so ohne Weiteres auf das menschliche Gehirn übertragen lassen und weil das erstere

in mehr als einer Richtung unvermeidliche Lücken zeigt — ich erinnere nur an die Schwierigkeit resp. Unmöglichkeit einer exacten Prüfung der Sensibilität oder des Muskelgefühls beim Thiere, — so durfte man annehmen, dass die Untersuchung am Menschen selbst, die Beobachtung am Krankenbette auch dem physiologischen Experimentator von grossem Werthe sein müsse; und es liess sich ferner erwarten, dass auf dem klinischen Gebiete gerade der Chirurg mit dazu berufen sei, durch genaue Analyse aller der Erscheinungen, welche sich bei Hirnverletzten gelegentlich einstellen, das Thierexperiment zu ergänzen, zu controliren und so neues Licht in die Lehre von den Functionen der Hirnrinde hineinzutragen.

Wenn wir uns nun umsehen und fragen, ob diese Hoffnungen, welche gleich an die ersten überraschenden Entdeckungen von *Fritsch* und *Hitzig* geknüpft wurden, sich auch verwirklicht haben, so dürfen wir, ohne uns einer Uebertreibung schuldig zu machen, gestehen, dass wir in der Diagnostik und Therapie der Hirnverletzungen in dem letzten Decennium ein gut Stück weiter gekommen sind, wobei wir jedoch hier die Frage unerörtert lassen wollen, welchen Antheil an diesem Fortschritte auch die gerade auf die Schädelverletzungen mit grossem Erfolg übertragene antiseptische Wundbehandlung genommen habe. Freilich! die darüber hinausgehende Hoffnung, dass es auch dem Chirurgen vergönnt sein werde, mit seinem klinischen Material die weitere Entwicklung der Lehre von den Functionen des Gehirns zu fördern, sie hat sich bis jetzt nur in allerbescheidenstem Maasse erfüllt, und zwar aus Gründen, über welche man sich bei einiger Ueberlegung gleich von Anfang an klar sein konnte. Ich will mich über diesen Punct hier nicht weiter auslassen; wer sich aber davon überzeugen will, wie schwierig es zur Zeit noch ist, ein zu physiologischen Folgerungen berechtigendes klinisches Material zusammenzustellen, wie kümmerlich es mit der Zahl brauchbarer Beobachtungen noch aussieht, der wird in den vortrefflichen Werken von *Nothnagel* [1]) und von *Exner* [2]) hinlängliche Belehrung finden. Bei dem chirurgischen Material kommt namentlich der Umstand in Betracht, dass Fälle reiner Hirnwunden, circumscripter Verletzungen dieser oder jener Stelle der Hirnrinde — und nur dieser — ohne weitere Nebenverletzungen, ohne gleichzeitige Betheiligung der Meningen oder der ganzen Hirnmasse oder eines grössern Theils derselben (z. B. des angrenzenden weissen Marklagers) keineswegs häufig sind; dass ferner die Diagnose solcher Verletzungen, was deren Ausdehnung in die Breite und Tiefe betrifft, bei Lebzeiten nur in den allerseltensten Fällen mit hinlänglicher Sicherheit möglich ist, so dass also die Mehrzahl solcher Verletzungen, sofern sie nicht zur Necroscopie gelangen, für weitere Schlüsse unbrauchbar bleibt; endlich, dass bekanntlich ausgedehnte Hirnzermalmungen zuweilen keinerlei klinische Symptome machen, also latent verlaufen und erst bei der Section erkannt werden. In dem letztern Falle kann natürlich auch der negative klinische Befund von Werthe sein; unterbleibt dagegen die Section, so gehen diese Beobachtungen gänzlich verloren.

So kommt es, dass die Casuistik chirurgischer Hirnfälle, welche für die Lo-

---

[1]) Topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten. Eine klinische Studie. Berlin, 1879.

[2]) Untersuchungen über die Localisation der Functionen in der Grosshirnrinde des Menschen. Wien, 1881.



calisation der Hirnfunctionen verwerthbar sind, äusserst klein erscheint, zumal, wenn wir an das gebotene Material noch einen etwas strengern Maassstab der Kritik anlegen, als es bisher zum Theil geschehen ist, und nur sog. reine Beobachtungen zulassen. Die Zahl dieser letztern zu mehren, ist also erste und nothwendige Bedingung, wollen wir auch von klinischer Seite unser Scherflein zur weitern Ausbildung der Hirnphysiologie beitragen. Von diesem Gesichtspuncte aus bitte ich Sie, die Beobachtung zu beurtheilen, über welche ich mir erlaube, Ihnen heute vorzutragen.

Es handelt sich in der That um eine „reine“ Beobachtung. Denn, wie ich gleich vorweg bemerke, gibt sie uns auf eine bestimmte physiologische Frage eine so bestimmte Antwort, wie wir sie sonst blos von dem planmässig ausgeführten Thierexperimente zu erwarten gewohnt sind. Diese Frage aber lautet: „Was geschieht, oder besser, was kann geschehen, wenn bei einem gesunden Menschen die rechte hintere Centralwindung des Grosshirns (Gyrus centralis posterior) in ihrem mittleren Theile und in der Länge und Tiefe von etwa 1 cm. durchbohrt wird?

Diese Frage zu beantworten, gab uns der Kranke, den ich Ihnen heute vorstelle, Gelegenheit.

Der bisher gesunde und kräftige Maurer, Mathias H., 26 Jahre alt, kam am 1. November 1881 zu Fuss in die Klinik, nachdem ihm 3 Tage zuvor (29. October) eine etwa 3 ℔ schwere eiserne Klammer, wie sie die Bauleute zur Befestigung von Gerüststangen gebrauchen, aus Versehen von oben so gegen den Kopf geschleudert worden war, dass die scharfe Spitze des einen Hakens der Klammer die Kopfhaut über dem rechten Scheitelbeine durchbohrte. Im ersten Momente der Verletzung will Pat. ein eigenthümliches Zucken oder Reissen in allen Gliedern, hauptsächlich aber im linken Arm verspürt haben; gleich darauf aber verlor er das Bewusstsein und blieb etwa 10 Minuten lang ohnmächtig liegen. Dann stand er auf und liess sich mittelst einer Droschke nach Hause fahren. Abgesehen von der kleinen Kopfwunde, die ihn wenig belästigte, fühlte sich der Kranke wohl, war frei von Kopfschmerzen und hatte niemals Erbrechen oder Brechneigung. Nur wenn er den Kopf vornüber neigte, empfand er am Orte der kleinen Hautwunde mässigen Schmerz. Der behandelnde Arzt verordnete kalte Umschläge auf den Kopf und Einreibungen von Campherspiritus in den linken Arm, weil dieser vom Momente der Verletzung an kraftlos war. Als der Zustand nach 3 Tagen sich nicht wesentlich gebessert hatte, schickte er den Kranken in die Klinik.

Status praesens vom 1. November. Kräftig gebautes, gut genährtes Individuum. Im Bereich des rechten Scheitelbeins, an einer Stelle, welche 2 cm. hinter einer Linie liegt, die man sich von dem einen äusseren Gehörgang senkrecht über den Scheitel zum andern Gehörgange gezogen denkt, und 5 cm. lateralwärts von der Mittellinie (sutura sagittalis) zeigt sich ein 1,5 cm. langer und 3—4 mm. breiter trockener Schorf, der fest der Oberfläche der Kopfhaut aufsitzt. Die Stelle ist auf Druck nicht auffallend empfindlich, die Umgebung fühlt sich etwas teigig an, an dem unterliegenden Knochen ist durch die Palpation nichts Abnormes nachzuweisen. Pupillen auf beiden Augen gleich weit, normal reagirend; keine Spuren von Lähmung im Gesicht. Sensorium durchaus frei. — Der linke Vorderarm ist leicht paretisch, was sich hauptsächlich durch den abgeschwächten Händedruck kundgibt; auch der linke M. biceps ist wenig, aber immerhin deutlich schwächer als der rechte, während am M. triceps ein solcher Unterschied nicht mit Sicherheit zu constatiren ist. Die sorgfältige Prüfung der Sensibilität beider Arme ergibt durchaus normale Verhältnisse, ebenso des Muskelgefühls; dagegen behauptet Pat., dass er im linken

Vorderarm das Gefühl von Eingeschlafensein und Ameisenkriechen habe. Am Oberarm sind keinerlei Paræsthesien vorhanden; ebenso fehlen vasomotorische Störungen.

Die Untersuchung der innern Organe, der Beine, des Stammes ergibt überall normale Verhältnisse. Temp. normal (36,8°); Puls 72, voll, kräftig, regelmässig; Stuhl etwas retardirt; Exurese normal.

Ich stellte die Diagnose auf eine nahezu vernarbte Stichwunde der Kopfschwarte und eine sehr circumscripte Läsion des Gehirns im Bereich der rechten Centralwindungen entsprechend der Stelle des kleinen Wundschorfs der Kopfhaut und veranlasst direct durch das Trauma. Welcher Art diese Hirnläsion sei, ob eine einfache Quetschung in Folge einer vorübergehenden, rasch sich wieder ausgleichenden Gestaltsveränderung des elastischen Schädels am Orte der Einwirkung der äusseren Gewalt vorliege oder vielleicht eine Quetschwunde der Hirnrinde an genannter Stelle und ob ferner diese letztere durch den eisernen Haken (penetrirende Stichwunde) oder aber durch Splitterung der Glastafel (Stichfractur) bedingt worden sei — alle diese Fragen legte ich mir selbstverständlich vor, wagte sie aber nicht sicher zu beantworten. Die einfache Parese des linken Vorderarmes jedoch bei sonstigem Mangel anderweitiger Herderscheinungen und die circumscripte Angriffsfläche der äusseren Gewalt bewogen mich, eine Quetsch**wunde** der Hirnrinde im Bereich der rechten Centralwindungen als wahrscheinlich hinzustellen. — Ueber den etwaigen Verbleib eines Theils der Spitze der eisernen Klammer in der Wunde konnte Pat. nichts Positives angeben; da zudem die Hautwunde so gut wie geheilt war und die genaue Palpation der Weichtheile über dem Knochen keine Anhaltspuncte für die Annahme eines solchen Fremdkörpers lieferte, so sah ich zunächst von jeglichem Eingriffe ab, liess den Pat. das Bett hüten, auf strenge Diät setzen und Eis auf den Kopf appliciren.

Die 10 Minuten lange Ohnmacht gleich nach dem Trauma betrachtete ich als das Symptom einer leichteren Commotio cerebri, welches von dem Herdsymptom (Parese des linken Vorderarms) wohl zu trennen sei.

Bis zum 3. November änderte sich an dem Krankheitsbilde nichts. Da aber, also am 6. Tage nach der Verletzung, während Pat. ruhig im Bette liegt, wird er plötzlich Morgens 7 Uhr von heftigen klonischen Krämpfen befallen, die sich zunächst lediglich auf den linken Arm beschränken. Zuerst werden die Krämpfe in den Fingern bemerkt, die krallenförmig flectirt und niemals ganz extendirt werden; binnen Kurzem aber ist der ganze Arm von Convulsionen befallen, und auch hier vor Allem die Flexoren. Sehr stark sind die Convulsionen auch im m. deltoides und m. pectoralis. Während des ganzen Anfalls ist der Arm im Ellbogen mehr oder weniger flectirt, niemals extendirt. Nach Verlauf von 10 Minuten erreicht der Anfall seinen Höhepunct, um dann nach einem Nachlass von 5 Minuten langsam wieder anzusteigen und nach 35 Minuten endlich ganz aufzuhören. Auf der Höhe des Anfalls verspürt Pat. auch Krämpfe im Abdomen und es sind, allerdings nur vorübergehend, in diesem Momente Contractionen im linken m. obliquus externus deutlich zu erkennen. Die Convulsionen sind von starken Schmerzen im betroffenen Arme, namentlich im Ellbogen, begleitet. Auch im Gesicht klagt Pat. während des Anfalls über linksseitige reissende Schmerzen und Zuckungen, besonders im Orbicularis palpebr. und am Nasenflügel; doch sind objectiv an den genannten Stellen keinerlei Zuckungen wahrzunehmen. Nicht mit Sicherheit lässt sich ferner feststellen, ob während des Anfalls eine

leichte Ptosis links bestand. Die Pupillen sind gleich weit, nicht verengt und reagiren normal. Die Sensibilität in dem linken Arm ist zwar überall vorhanden, doch, wie Pat. bei der Untersuchung versichert, etwas herabgesetzt. Das Bewusstsein ist während des ganzen Anfalls auch nicht einen Moment getrübt. Der Kranke gibt während der ganzen Zeit vernünftig und sicher Antwort. Er klagt über Kopfweh in der Gegend der verletzten Schädelstelle, das mit der Stärke der Convulsionen gleichen Schritt hält, aber nie sehr heftig zu sein scheint. Während der Convulsionen kann Pat. einen vorgehaltenen Gegenstand nur langsam und mit vieler Mühe ergreifen.

Nach 3—4 sehr heftigen Stössen hören die Convulsionen plötzlich auf; der Arm sinkt kraftlos auf die Bettdecke herunter und ist beinahe vollständig gelähmt; das Gefühl jedoch ist erhalten. Das Gesicht wird roth, Pat. klagt über starken Kopfschmerz, Schwindel und Uebelkeit, doch kommt es nicht zu einer Ohnmacht.

Sofort beim Aufhören des Anfalls ist eine deutliche Ptosis und eine leichte Parese des Mundfacialis links vorhanden. Pupillen normal; keine Lähmung der Augenmuskeln. Der Puls, bei Beginn des Anfalls 76 Schläge zählend, steigt während des Anfalls auf 84, ist dabei immer regelmässig.

In der ersten Zeit nach dem Anfalle bestehen fortwährend leichte Zuckungen im linken Arm, verbunden mit geringen Schmerzen; doch kann Pat. nach einer Stunde den Arm schon etwas besser heben und bewegen, obwohl letzterer noch sehr kraftlos ist.

Um 10½ Uhr, also 3 Stunden nach dem Anfall, wird der Kranke in der Klinik vorgestellt.

Die Diagnose einer Quetschwunde im Bereich der sog. motorischen Rindenzone (*Hitzig*) wird mit Sicherheit festgehalten. Die „stückweise Hemiplegie" des linken Arms, des linken Mundfacialis, die linksseitige Ptosis in Zusammenhang mit dem Anfall klonischer Krämpfe, die im Bereiche des gelähmten Arms beginnen und ausser diesem nur noch den linksseitigen schiefen äussern Bauchmuskel befallen — alle diese Symptome (von den übrigen soll später noch die Rede sein,) sind für eine Läsion der genannten Rindenzone durchaus charakteristisch. An eine andere Affection war gar nicht mehr zu denken. — Dass diese Läsion in einer eigentlichen Hirnwunde bestehe, hielt ich von Anfang an für wahrscheinlich, jetzt aber für sicher und dass die Wunde entweder durch die Eisenspitze der Klammer oder durch einen Splitter der Glastafel gesetzt worden sein müsse, diese Annahme war ebenfalls nur eine logische Nothwendigkeit. Vielleicht, nicht absolut nothwendig, so schloss ich weiter, waren die Convulsionen durch den Reiz des in der Hirnrinde steckenden Eisen- oder Knochenstückes hervorgerufen. In jedem Falle musste, um die Diagnose zu sichern, die Bloslegung des Scheitelbeins an dem Orte der Verletzung, eventuell die Eröffnung der Schädelhöhle — die Trepanation — zum Zwecke der Extraction des Eisen- oder Knochenfragments vorgenommen werden.

Diese Operation wurde denn auch sofort in der Klinik ausgeführt.

Nach sorgfältiger Vorbereitung (Rasiren, Abseifen, Desinficiren) des Operationsterrains wird durch einen 8 cm. langen Schnitt die Kopfschwarte am Orte des kleinen Schorfs von vorn nach hinten bis auf den Knochen getrennt und die Wundränder sammt dem Periost so weit zurück geschoben, dass der Knochen genügend weit sichtbar wird. Genau der verklebten Hautwunde entsprechend zeigt die äussere Tafel des Scheitelbeins einen viereckigen Defect mit schnittscharfen Rändern, 1 cm. lang, 4—5 mm. breit, ohne jegliche Fissur und ohne Depression. Es ist nichts anderes als die äussere klaffende Oeffnung einer Knochenstichwunde, die aber, wie sich bei genauerer Untersuchung ergibt, nur bis in die Diploe führt. Der kurze Stichcanal hatte ganz die Form einer vierseitigen

Pyramide, deren Basis durch die obige Oeffnung in der äusseren Tafel gegeben war und deren Spitze bis in die Diploe reichte. Keine Spur eines zurückgebliebenen Fremdkörpers.

Dieser Befund erlaubte es, nunmehr mit Sicherheit die Diagnose auf einen Stichbruch (punctured fracture) der innern Tafel zu stellen und somit die Wunde in der Hirnrinde von einem oder mehreren abgesprengten und dislocirten Knochensplittern abhängig zu machen. Die Indication zur Trepanation war damit gegeben. Ich führte sie mit Meissel und Hammer aus und legte eine circa frankenstückgrosse Oeffnung in dem blosgelegten Scheitelbeine so an, dass die Stichwunde dem Centrum derselben entsprach. Die Glastafel zeigte sich dabei mehrfach zersplittert; 2 dünne Knochenscheiben derselben von 1 □cm. Oberfläche waren seitlich zwischen Dura und Innenfläche des Knochens so verschoben, dass sie unter dem Rande der Trepanationsöffnung noch etwas hervorragten und leicht mit der Pincette hervorgezogen und entfernt werden konnten; ein dritter Splitter hatte die Dura in der Mitte der Trepanationsöffnung perforirt und ragte aus der Durawunde als dünne Knochenlamelle von 1 cm Länge gerade noch etwas hervor. Er wird mit der Pincette ebenfalls gefasst und extrahirt und entpuppt sich als eine etwa 1—2 mm. dicke Knochenplatte, die annähernd die Form eines gleichseitigen Dreiecks besitzt, dessen Spitze senkrecht in der Hirnrinde gesteckt hatte, während die Basis das Niveau der Dura nach aussen um etwa 1 mm. überragte. Nach Entfernung der Splitter wird die lineäre Durawunde nach beiden Seiten hin so weit mit der Scheere verlängert, als es die Grösse der Trepanationsöffnung zulässt, in der Absicht, dadurch etwaigem Wundsecrete unter der Dura Abfluss zu verschaffen. Dabei präsentiren sich zwei Hirnwindungen, die durch einen schräg von oben und hinten nach unten und vorn verlaufenden Sulcus von einander getrennt sind und die ich ihrer ganzen Lage nach für nichts anderes als die beiden rechtsseitigen, durch den Sulcus Rolandi von einander getrennten, Centralwindungen halten konnte. In der hinteren Windung war eine 1 cm. lange lineäre Wunde zu sehen, die die Längsaxe des Gyrus unter spitzem Winkel kreuzte und etwa 1 mm. klaffte; eine sorgfältige Exploration der Wunde mit der Sonde ergab ferner, dass sie etwa 1 cm. weit in die Rinde hineinführte.

Es sei noch hervorgehoben, dass weder der Knochen, noch die Dura, noch die Pia, noch die Hirnsubstanz selbst irgend welche Entzündungserscheinungen zeigten; ebenso wenig waren Spuren eines Blutextravasats zu entdecken. Wir hatten also eine reine Hirnwunde ohne weitere Complicationen vor uns. Die Operation geschah in Narcose und unter Spray und wurde nach partieller Vereinigung der Hautwundränder mittelst Suturen — wobei die Mitte der Wunde offen blieb — mit der Anlegung eines exacten *Lister*'schen Verbands beendigt.

Puls nach der Operation 80; kein Erbrechen; Befinden sehr gut.

Der weitere Verlauf war folgender:

Noch am Tage der Operation, Nachmittags 3 Uhr, erfolgt ein neuer Anfall clonischer Krämpfe ausschliesslich im linken Arm, jedoch minder heftig und weniger lang andauernd (12—15 Min.) als der erste. Während desselben macht der Kranke, der bei vollkommenem Bewusstsein ist, eigenthümliche Pendelbewegungen mit dem Kopfe nach rechts und links.

4. November: Pat. war seit gestern Abend ruhig, wenn auch ohne Schlaf; heute Morgen klagt er über unbedeutendes Kopfweh. Die linksseitige Ptosis, die schon gestern Abend merklich geringer war, ist jetzt fast ganz verschwunden; auch von der Lähmung des Mundfacialis ist nur eine Spur noch zu entdecken. Alle Bewegungen des linken Arms können ausgeführt werden, sind aber äusserst kraftlos. Kein Fieber; Puls 80.

5. November: In der vergangenen Nacht, 2 Uhr, stellte sich ein dritter Anfall clonischer Krämpfe im linken Arm und reissende Schmerzen in der linken Gesichtshälfte ein; doch ist auch dieser Anfall lange nicht so intensiv wie der erste und von kürzerer Dauer. Das Bewusstsein ist völlig intact.

Unmittelbar nach dem Anfall empfindet Pat. sehr grosse Schwäche im linken Arm, die sich jedoch rasch verliert. Temp. 37,0, Puls 80. Verbandwechsel; Wunde vollständig reactionslos.

Nach dem Verbandwechsel befindet sich Pat. sehr wohl; er hat weder Kopfschmer-

zen noch sonstige Beschwerden, ausgenommen ein leichtes Kriebeln in der linken Hälfte der Oberlippe und im linken Nasenflügel. Doch ist objectiv nichts von fibrillären Muskelzuckungen zu constatiren. Die Facialisparese der Mundäste ist kaum noch zu erkennen, wenn auch vorhanden; die Ptosis ist vollständig verschwunden. Die motorische Kraft des linken Arms hat sich sehr gehoben und ist entschieden grösser als zu der Zeit, wo Pat. in die Klinik eintrat. Die Sensibilität des linken Arms erscheint gar nicht verändert; Pat. bestimmt vollständig richtig alle Reize sowohl qualitativ als quantitativ und localisirt sehr genau. — Die Inspection des Rachens ergibt nichts Besonderes; die Uvula steht gerade und bewegt sich bei der Intonation in normaler Weise.

7. November. Heute ist die linksseitige Ptosis wieder deutlich.

8. November. Ptosis wieder verschwunden.

11. November. Nachdem Pat. schon vor 2 Tagen über Kopfschmerzen geklagt hatte, sind diese heute in vermehrtem Grade vorhanden; auch zeigt sich der antiseptische Verband etwas mit Blut getränkt, weshalb er entfernt wird. Angeblich soll sich Pat. im Schlafe den Kopf an der Bettstelle heftig angeschlagen haben. — Sonst keine neuen Erscheinungen. Wunde durchaus aseptisch; Temp. und Puls normal.

15. November. Ptosis wieder spurweise vorhanden. Die Facialisparese ist nur beim Pfeifen zu erkennen, indem sich dann der Saum der Oberlippe links weniger stark runzelt als rechts. Im linken Vorderarm und in der linken Hand besteht noch ein Gefühl von Schwere und Eingeschlafensein; auch ist der Händedruck links etwas schwächer als rechts. Mässige Kopfschmerzen.

18. November. Seit gestern Nacht um 10 Uhr klagt Pat. über heftigere Kopfschmerzen, besonders auf der rechten (verletzten) Seite; auch stellt sich im Verlaufe des Tages ein dreimaliges Erbrechen ein; ein Grund dafür ist nicht zu finden; die Wunde ist in Heilung begriffen, von bestem Aussehen.

19. November. Die Kopfschmerzen sind continuirlich und äusserst heftig, so dass Pat. höchst deprimirt und verzagt ist. Auch hat sich das Erbrechen heute 1 Mal wiederholt und ist die Parese des linken Arms entschieden mehr ausgesprochen als zuvor. An der Wunde ist bei dem in der Klinik vorgenommenen Verbandwechsel nichts Auffallendes zu bemerken. — Ord.: Calomel 0,02 pro dosi; 0,2 pro die.

Diese bedrohlichen Erscheinungen — heftige Kopfschmerzen, besonders auf der verletzten Seite, öfteres Erbrechen, dann hartnäckige Obstipation, Lichtscheu und Apathie, endlich eine Pulsverlangsamung bis herunter auf 48 (23. November) dauern bis zum

27. November an; dann fühlt sich Pat. auffallend rasch besser; alle die genannten Symptome schwinden, und der weitere Verlauf ist ein vollkommen ungestörter und bis auf die leichte Parese des Vorderarms und des Mundfacialis, welche bestehen bleiben, symptomloser. Die Wunde geht nun rasch der Heilung entgegen und ist Mitte December solide vernarbt.

Am 22. November — als das Befinden des Kranken so sehr besorgnisserregend war — ergab die von Herrn Dr. *Knies* (Assistenten von Herrn Prof. *Horner*) vorgenommene ophthalmoscopische Untersuchung:

Opticus geröthet, auffallende Verbreiterung der Venen, die fast schwarz aussehen; — diese beiden Symptome rechts mehr ausgesprochen als links.

Am 29. December wird folgender Schlussstatus aufgenommen:

Lidspalte beiderseits gleich weit; die Bewegungen des oberen Lides sind links ebenso gut möglich wie rechts; das linke Auge wird vollständig fest geschlossen und maximal erweitert.

Kein Strabismus; Augenbewegungen in jeder Beziehung normal.

Beide Pupillen gleich weit, schnell und exact reagirend.

Die Aufnahme des Gesichtsfelds mit dem Perimeter ergibt auf beiden Augen eine Ausdehnung von 100—110° in horizontaler, und von 80—90° in verticaler Richtung. Das Gesichtsfeld hat die normale Form; keine Scotome. Die rothe Farbe wird in derselben Ausdehnung erkannt wie die weisse.

In den Stirn- und Wangenästen des n. facialis ist eine Differenz beider

Seiten nicht herauszufinden; dagegen erscheint der linke Mundwinkel eine Spur schlaffer und ein klein wenig hängend. Auch beim Pfeifen lässt sich eine etwas geringere Betheiligung dieser Seite erkennen.

Zäpfchen steht gerade, hebt sich auch bei der Intonation gerade und in normaler Weise.

Sensibilität im Gesicht nirgends gestört; die Localisation der Eindrücke ist genau.

Die grobe, motorische Kraft des linken Armes ist merklich geringer als die des rechten. Pat. hat Mühe, feinere Bewegungen mit der linken Hand auszuführen, er bezeichnet sich selbst als „ungeschickt“. Das Zuknöpfen des Hemdes z. B. will ihm mit der linken Hand nur schlecht gelingen. Gibt man ihm einen feinern Gegenstand, z. B. eine Bleifeder in die Hand, so bemerkt man leicht diese Unsicherheit, indem der ergriffene Gegenstand nicht fest gehalten wird und leicht der Hand entfällt. Alle complicirten und combinirten Bewegungen der Finger, obschon sie ausgeführt werden, leiden an dieser Unsicherheit.

Pat. gibt an, dass er hie und da noch Paraesthesien im Vorderarm und der Hand, namentlich am Handrücken habe, und bezeichnet diese bald als „Ameisenlaufen“, bald als ein unbestimmtes, spannendes Gefühl. Die Paræsthesien im Gesicht, welche er früher hatte, so das Kriebeln in der linken Oberlippe und im Lippenroth, sind nur noch hie und da, und immer nur spurweise, vorhanden.

Convulsionen hatte Pat., die 3 Anfälle ausgenommen, nie mehr.

An der Volarfläche der Finger der linken Hand erkennt Pat. leichte einfache Nadeleindrücke und localisirt dieselben sowohl beschreibend als indem er mit dem Finger die berührte Hautstelle zeigt, ganz genau.

Dagegen herrscht auf der dorsalen Seite eine merkliche Unsicherheit. Pat. erkennt zwar quantitativ jede Berührung mit der Nadel; allein die Localisation ist nicht ganz genau, namentlich verwechselt er sehr oft den Mittelfinger mit dem Ringfinger. Controlirende Beobachtungen an der rechten Hand ergeben immer ein genaues Resultat.

An der dorsalen und volaren Seite des linken Vorderarms verhält es sich ähnlich. Pat. verlegt alle Eindrücke um 2—3 cm. mehr nach der Hand zu, während rechts die betreffenden Berührungsstellen immer genau angegeben werden.

Die Prüfung der Empfindungskreise ergibt auf der volaren Seite links das gleiche Resultat wie rechts. Dagegen scheinen auf der dorsalen Seite die Empfindungskreise links etwas grösser als rechts, doch ist die Differenz sehr unbedeutend.

Zeichnet man mit dem Cirkel einfache geometrische Figuren oder Zahlen auf die Haut, so kann Pat. jedesmal genau deren Gestalt oder Bedeutung angeben, wenn der Versuch rechts, nicht dagegen, wenn er links ausgeführt wird.

Die Prüfung des Muskelgefühls, in der Weise vorgenommen, dass der in ein Tuch aufgehängte vollständig schlaff gehaltene Arm hin und her bewegt wird, ergibt beiderseits ein normales Verhalten. Pat. bezeichnet sowohl die Art der ausgeführten Bewegung als auch die Extensität derselben durchaus richtig.[1])

M. H.! Wenn wir nach dieser ausführlichen Mittheilung der Krankengeschichte noch einen kurzen Blick auf diejenigen prägnanten Symptome werfen, welche die Beobachtung als „Hirnfall“ charakterisiren und wenn wir dann diesen Symptomencomplex vergleichen mit der Darstellung, wie sie die neuesten Hirnpathologen, namentlich *Charcot*, *Nothnagel* und *Exner* von der Localisation der Functionen der Grosshirnrinde des Menschen gegeben haben, so muss uns unser Fall, glaube ich, recht klar und instructiv vorkommen — von einigen wenigen Erscheinungen ab-

[1]) Anm. während der Correctur: Am 24. Februar cr. stellte sich der Pat. gesund und munter wieder vor, die frühere Operationsnarbe ist kaum noch sichtbar; die Trepanationsknochenlücke durch sehr derbes Gewebe ausgefüllt. Der linke Arm ist noch immer etwas schwächer als der rechte (und wird es wohl auch bleiben); auch eine minime Spur von Parese des linken Mundfacialis ist gerade noch nachweisbar.



gesehen, die einer besondern Erklärung bedürfen. Es ist dies einmal die primäre Ohnmacht, welche den Pat. gleich nach dem Trauma befallen hatte und die wir bereits früher von dem übrigen Symptomencomplex ausgeschieden und einer vorübergehenden Commotio cerebri zugewiesen haben; und ferner jene Gruppe bedrohlicher Erscheinungen, die in der Zeit vom 17.—27. November ziemlich acut auftraten und nach dieser Zeit nie mehr wiederkehrten; wir meinen die heftigen Kopfschmerzen, das mehrmalige Erbrechen und die Pulsverlangsamung — Symptome, welche in der Hauptsache das Bild des Hirndrucks, der Compressio cerebri zusammensetzen. — Was lag diesen Zeichen zu Grunde? — Am wahrscheinlichsten ist es mir, dass zu der Zeit, als jene Hæmorrhagie aus der Wunde den Verband mit Blut durchtränkte (11. November), auch eine Blutung in das Cavum cranii von der Wunde aus erfolgte und, allmälig zunehmend, zu einer solchen Erhöhung des intracraniellen Druckes führte, dass daraus das Bild des Hirndrucks mit den genannten Erscheinungen resultirte. Mit der Resorption des Blutextravasats verschwanden dann auch diese letztern wieder.

Die übrigen Hirnerscheinungen dagegen sind als die unmittelbaren Folgen der Verwundung der mittleren Partie der hintern Centralwindung anzusehen. Diese Stelle gehört einmal dem „absoluten“ Rindenfeld der oberen Extremität (s. *Exner*, Tafel XVI), dann aber auch dem „relativen“ Rindenfelde des Nervus facialis da an, wo es seine stärkste Intensität (86) erreicht (s. *Exner*, Tafel XX). In diesem Gebiete können aber auch Läsionen zu Lähmungen des Levator palpebr. sup. führen (s. *Exner*). — Wenn es ferner sich als richtig erweisen sollte, was *Exner* auf Grund von 22 Krankheitsfällen gefunden zu haben glaubt, dass nämlich „die tactilen Rindenfelder der verschiedenen Körperabtheilungen im Allgemeinen mit den motorischen Rindenfeldern derselben zusammenfallen,“ so hätten wir in diesem Verhalten auch eine befriedigende Erklärung für die in den paretischen Theilen beobachteten Sensibilitätsstörungen.

So viel über die physiologisch interessante Seite unserer Beobachtung. Aber auch in rein chirurgischer Beziehung ist dieselbe lehrreich.

Wir hatten es zu thun mit einer kleinen Stichwunde der äussern Tafel und der Diploe des rechten Scheitelbeins bei nahezu vernarbter Hautwunde und einer mehrfachen Splitterung der Glastafel an dem Orte der Einwirkung der äusseren Gewalt. Nur die letztere hatte zur Verletzung der Hirnhäute und des Gehirns geführt; nur sie war auch die Veranlassung zur Trepanation gewesen. Ihre Diagnose war einzig und allein mit Sicherheit aus der Verletzung des Gehirns zu stellen, die in unserem Falle charakteristische Symptome machte. Wären solche Symptome nicht vorhanden gewesen, hätte die Hirnwunde zufälliger Weise eine Stelle der von *Exner* als „Rindenfeld der latenten Läsionen“ bezeichneten Hirnregion betroffen, so wäre die Glastafelsplitterung wahrscheinlich unserer Wahrnehmung gänzlich entgangen. Denn an sich selbst macht eine solche isolirte Fractur der Glastafel keine sicheren Symptome weder bei der Percussion (*Macchisi*, *Stromeyer*), noch bei der Auscultation

(Sédillot). In diesem Falle wäre also auch die Trepanation unterblieben und die drei Splitter steckten noch in der Schädelhöhle, resp. in der Hirnrinde — vorausgesetzt, dass Pat. mit dem Leben davon gekommen wäre. Ist letzteres möglich oder vielleicht sogar wahrscheinlich?

Die Erfahrung zeigt, dass kleine Splitter der Glastafel, auch wenn sie völlig gelöst waren, unter glücklichen Umständen in der That wieder anheilen und ohne Beschwerden Jahre lang, vielleicht das Leben lang, latent bleiben können,[1]) gerade so, wie ein in das Cavum cranii hineinragender Osteophyt des Schädeldachs oder eine im Schädel stecken gebliebene und nach innen prominirende und so eingeheilte Messerspitze zuweilen keine bedenklichen Folgen haben kann. Ich selbst habe einem hessischen Bauer ein Stück einer Messerklinge von 3 cm. Länge aus dem Schädelknochen extrahirt, in welchem es 9 Jahre lang gesteckt hatte, ohne irgend welche Hirnsymptome zu machen. Und doch ragte es mit seiner Spitze weit in die Schädelhöhle hinein und musste das Gehirn (Stirnlappen) angestochen haben. Ja noch mehr: Ich erinnere mich eines Jungen in der *von Langenbeck*'schen Klinik, auf den einer seiner Spielgenossen aus einem Taschinggewehr eine kleine Kugel abgefeuert hatte, welche durch das rechte Scheitelbein in den Schädel und das Gehirn eindrang und in letzterem in der Tiefe von mehreren Centimetern, wie eine ausserhalb der Klinik von einem Arzte ausgeführte „Hirnsondirung" ergeben hatte, stecken blieb. Die Kugel heilte ein und der Junge war ein Jahr nach seiner Entlassung noch gesund und munter. — Die Möglichkeit also, dass sogar ein in der Hirnrinde steckender Knochensplitter ohne Nachtheil einheilen und ertragen werden kann, ist in der That vorhanden. Allein dieser Ausgang ist immerhin ein eminent seltener, ein ausnehmend glücklicher, auf den wir um so weniger rechnen dürfen, wenn es sich um eine Splitterung handelt, die, und wäre es auch nur durch eine feine Fissur, mit einer Hautwunde communicirt und uns nicht frisch gleich zur Behandlung kommt. In solchem Falle — und unsere Beobachtung gehört eben in diese Rubrik — ist weit häufiger der Ausgang in Hirnabscess oder eitrige Meningitis und Tod. — Ich erlaube mir, Ihnen zur Illustration des eben Gesagten die Abbildung eines Präparates zu zeigen, welches von einem Kranken mit offener Lochfractur des Stirnbeins und Absprengung eines Stücks der Glastafel herrührt und der an Hirnabscess und Perforation desselben in die Ventrikel 43 Tage nach der Verletzung zu Grunde ging. Gleichwohl war auch hier, wie Sie in der Abbildung erkennen, die ganze abgesprengte Crista frontalis — ein 4 cm. langes und $1^1/_2$ cm. hohes Knochenstück — seitlich von der Fracturstelle fest und knöchern mit der Tabula vitrea verwachsen. [2])

Haben wir also erst die sichere Diagnose auf eine isolirte Absplitterung der Glastafel bei einem Kranken gemacht, so ist uns unser Handeln in den meisten Fällen sicher vorgezeichnet. Denn die Diagnose ist nur möglich bei einer durch den oder die Splitter bedingten Hirnrindenverletzung bestimmter Region und eine

[1]) Zur Illustration weist der Vortragende ein Präparat aus der Privatsammlung von Herrn Prof. *Ziegler* vor, ein Scheitelbein betreffend, an dessen innerer Seite ein bohnengrosser Splitter der Glastafel wieder solide angeheilt ist.

[2]) Vide *Krönlein*, die *von Langenbeck*'sche Klinik und Poliklinik zu Berlin. 1877. S. 39 und Taf. I, Fig. 2a, 2b und 2c.



solche endigt weit häufiger mit dem Tode als mit der Heilung, zumal wenn die Fracturstelle nach aussen, vielleicht durch eine feine Stichöffnung — wie in unserem Falle — communicirt. Unser Handeln aber besteht dann, sofern die lädirte Stelle ihrer Lage nach für Instrumente überhaupt zugänglich ist, in der Trepanation und der Entfernung der Glastafelsplitter, selbstverständlich bei strenger Beobachtung der Antiseptik. So sind wir in unserem Falle verfahren und Sie sehen, dass der Verletzte jetzt nach der Heilung der Trepanationswunde sich einer guten Gesundheit erfreut.

Vereinsberichte.

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

Sitzung vom 5. Februar 1881.

I. Discussion über § 16 des neuen Gewerbegesetzentwurfes. § 16 ist inzwischen aus dem Entwurfe gestrichen worden, so dass die heutige und spätere Discussionen darüber als gegenstandslos dahinfallen.

II. Herr *Eberth* berichtet nach Vorlegung zweier Dissertationen: 1) *Zollinger*, ein Fall von ausgebildeten pathologischen Verknöcherungen, Zürich, 1867, und 2) *Gerber*, Myositis ossificans progressiva, Würzburg, 1875, dass der in der *Zollinger*'schen Dissertation beschriebene Fall letzten Sommer gestorben ist, und demonstrirt nun die bez. skelettirte Rückenwand des Thorax. Das höchst interessante Präparat zeigt zu beiden Seiten der Wirbelsäule fast symmetrisch über die Gegend des angulus costæ verlaufende platte leistenförmige zackige Knochenspangen. Es sind nicht freie Osteome, sondern aponeurotische Verknöcherungen, gebunden an das Vorhandensein eines præformirten knöchernen Theiles, hier des angulus costæ.

Sitzung vom 19. Februar 1881.

I. Herr *Kaufmann* demonstrirt einen Patienten, bei dem er vergangenen 28. December 1880 eine Nerven-Transplantation gemacht. Wegen einer Necrose des rechten Humerus wurde bei dem Pat. den 20. Januar 1880 die Sequestrotomie ausgeführt und dabei der Nerv. radial. an seiner Umschlagsstelle um den Humerus durchschnitten. Wie Pat. in die Behandlung von *K.* kam, bestand eine typische Radialparalyse, wobei jedoch nur die motorische Sphäre wesentlich betheiligt war. Pat. nahm den Vorschlag, einen Versuch der Nervennaht zu wagen, an und es wurde die Operation den 28. December abhin ausgeführt. Die beiden Enden des Nerven wurden freigelegt und angefrischt, wonach jedoch ein Zwischenraum von 3,8 cm. zwischen den beiden Enden resultirte. Eine Annäherung der letzteren war bei der bestehenden Ellenbogen-Anchylose nicht möglich und so entschloss sich *K.*, ein Stück von dem Ischiadicus eines Hundes zu transplantiren. Einem narcotisirten Hunde wurde also ein 4 cm. langes Nervenstück entnommen und dasselbe an seinen Enden mittelst Seidennähten mit den Enden des Radialis vernäht.

Heilung der Wunde grossentheils per primam.

Ueber das Resultat der Operation kann man heute nur so viel sagen, dass die

Nerventransplantation gelang, bez. der Wiederherstellung der Nervenleitung aber lässt sich Sicheres noch nicht angeben.

Discussion. 1) Herr *Eberth* frägt, was Herrn *K.* berechtige anzunehmen, dass das transplantirte Nervenstück eingeheilt sei? es konnte ebenso gut resorbirt werden.

2) Herr *Kaufmann* glaubt nicht an Resorption, theils weil keine Temperatursteigerung im Verlauf der Heilung zu beobachten gewesen, theils weil das Operationsgebiet sehr stark narbig ist.

II. Herr *O. Wyss* demonstrirt das Anchylostomum duodenale. Dasselbe stammt von einem Tyroler Arbeiter, der dasselbe unzweifelhaft im Gotthardtunnel acquirirt hat. Der Pat. ist seit 8 Jahren von seiner Heimath fort, trat gesund im vorigen Mai im Gotthardtunnel in Arbeit, musste nach 5 Monaten wegen Krankheit die Arbeit verlassen, war im December im Spital zu Schwyz und stellte sich kürzlich der Poliklinik in Zürich, von wo er der innern Abtheilung des Spitales überwiesen wurde. Pat. ist exquisit anæmisch, Conjunctiva von Sclera kaum zu unterscheiden, die Hände sehen gerade so aus, wie wenn sie unter dem *Esmarch*schen Schlauche gelegen; Pat. hat nie Blutungen gehabt. Es wurde sogleich auf Anchylostomen gefahndet und auf 10 grmm. extr. filicis maris zeigten sich solche wirklich, am 3. Tage 30, am 4. Tage 100 und später noch 20. Es sind wohl noch mehr im Darm vorhanden und in 8 Tagen soll das Anthelminticum wieder gereicht werden. Der Urin zeigt vorzügliche Indicanreaction, keine Phenolreaction, im Stuhl keine *Charcot*'schen Krystalle, auch Eier des Parasiten sind darin noch nicht aufgefunden worden.

Discussion: 1) Herr *Ernst* wünscht zu wissen, ob es sich hier um einen der *Schönbächler*'schen Patienten handle. Wäre das der Fall, so könnte nicht behauptet werden, dass die anthelmintische Cur glänzende Resultate ergebe, da Dr. *Schönbächler* dieselbe beim betr. Pat. ja auch schon angewandt hätte.

Herr *O. Wyss* weiss nicht, ob *Schönbächler* diesen Fall diagnosticirt hat; wahrscheinlich ist es wohl. Indessen hat *Schönbächler* bis jetzt nicht mehr als 5 grmm. extr. fil. mar. p. dosi verabreicht.

2) Herr *Eberth* frägt, in welcher Weise die Jagd auf die Parasiten in den Dejectionen stattgefunden habe?

Herr *O. Wyss:* Die Stühle wurden geschlemmt und tropfenweise durchsucht, eine nicht gar so unangenehme Arbeit, weil das extr. filic. mar. den Entleerungen ein eigenthümliches Aroma verleiht.

Herr *Eberth:* Seine Frage sei nicht trivial. Man habe z. B. so lange an der Existenz der männlichen Oxyuren gezweifelt, bis eine gute Nachsuchungsmethode in den Fæces dieselben zu finden gelehrt habe. Diese beste Methode besteht darin, dass die Fæces in möglichst dünner Schicht auf eine Glasplatte gestrichen werden, wodurch die Parasiten leicht sichtbar erscheinen.

III. Herr *Haab* demonstrirt die identischen Micrococcen des Trippers und der Blenorrhoea neonatorum und bemerkt, so schwierig früher der Nachweis pathogener Coccen in flüssigen Secreten gewesen, so leicht sei er heute durch die *Koch*'sche Methode: Trocknung des Secretes auf dem Objectträger

und Färbung mit Methylanilin; nur muss der Zutritt anderer (z. B. Fäulniss-) Coccen vermieden werden.

IV. Herr *Eberth* demonstrirt Präparate des Typhus-Bacillus.

Sitzung vom 12. März 1881.

I. Herr *W. v. Muralt* führt einen Knaben vor, bei dem er vor 3 Jahren die Nervendehnung des radialis gemacht hat. Das Resultat, das damals der Gesellschaft als ein vollkommenes demonstrirt werden konnte, ist sich seither vollständig gleich geblieben. Ein Knabe vom Land kam mit einer Radialislähmung, d. h. Streckmuskeln und Supinatoren an Unterarm und Hand und die Sensibilität der dorsalen Fläche von Unterarm und Hand waren betroffen. Die Lähmung war veranlasst durch eine mit nach vorn vorspringendem Winkel schief geheilte Fractur im untern Drittel des Oberarms. Nachdem 4 Wochen seit dem Trauma verflossen und dann während mehreren Wochen Inductions- und constanter Strom consequent, aber ohne allen Erfolg angewendet worden waren, wurde der Radialis an der Stelle, wo er über die Fracturkante gespannt und mit dem Callus leicht verwachsen war, freigelegt und kräftig gedehnt. Prima intentio. Volle Heilung.

II. Herr *W. v. Muralt:* Ueber den Tripolith-Verband.

Nachdem der Tripolith-Verband vielfach empfohlen worden, schienen namentlich die von *Langenbeck*[1]) hervorgehobenen Eigenschaften der Leichtigkeit und Undurchlässigkeit für Flüssigkeiten den Interessen der Kinderpraxis so sehr zu entsprechen, dass er eine grössere Versuchsreihe darüber anstellte. Der Tripolith (dreifach Stein, ὁ λίθος; *v. Langenbeck* sagt: das Tripolith) ist ein weiches, feines, graues Pulver, besteht nach *v. Langenbeck*'s Vermuthung namentlich aus Calcium und Silicium, nebst kleineren Mengen von Eisenoxydul. Nach Analyse von Prof. *Lunge* aber besteht der Tripolith grösstentheils aus Gyps, mit etwas Magnesia und ein wenig Kohle. Spuren von Ca S (jedenfalls vom Brennen mit Kohle), Fe und Al sind als unwesentlich zu betrachten. Das Material ist ganz gleich wie Gyps beim Verband zu verwenden, nur muss man wegen des schnelleren Erhärtens sich etwas mehr beeilen, namentlich die Binde nicht lange im Wasser liegen lassen, am besten nie mehr als eine Binde auf einmal einlegen. Der Preis ist derselbe wie bei Gyps. Die von *v. Langenbeck* angegebenen Vortheile vor Gyps, die *M.* durch seine Versuche durchaus bestätigt fand, sind: Tripolith wird an der Luft nicht so leicht feucht (in der Kriegschirurgie sehr werthvoll), der Verband ist 12—14% leichter, als der Gypsverband, er erhärtet noch schneller als Gyps (unter Umständen freilich ein Nachtheil), und wird, wenn er einmal hart und trocken ist, im Wasser nicht weich (*M.* hatte heute Morgen einen Knaben mit Tripolithverband am Unterschenkel, der durch Umwickeln einer Caoutchoucbinde am obern und untern Rand vor dem Eindringen des Wassers geschützt worden war, $^3/_4$ Stunden in's Bad gesetzt, und weist nun den noch ganz festen Verband vor). Vor den andern Materialien: Wasserglas, Kleister, Dextrin hat Tripolith dieselben Vortheile wie Gyps, er ist ebenso wasserdicht wie Magnesit, erhärtet aber schneller als dieser.

Summa: Der Tripolith ist ein gutes Material für starre Verbände, wird aber

[1]) Berl. klin. Wochenschr. 1880, Nr. 46.

den Gyps nicht verdrängen, schon weil er nicht so leicht und überall zu beschaffen ist. —

Discussion: 1) Herr *Fritzsche* betont namentlich die Vorzüge des Tripolithverbandes für orthopädische Zwecke, indem das ermüdende manuelle Festhalten des betr. Gliedes durch das rasche Erhärten des Tripoliths abgekürzt wird. Misserfolge hatte *F.* mit dem Tripolith nicht.

2) Herr *Lüning* erwähnt als Nachtheile des Tripoliths: schmierige Manipulation, unreines grobsandiges Aussehen des Verbandes. Der Verband darf nicht zu leicht angelegt werden; es ist *L.* am 4. Tage ein Tripolithverband spontan entzwei gegangen.

3) Herr *v. Muralt* möchte ebenfalls mit dem Lobe des Tripoliths nicht so weit gehen, wie *Langenbeck*, der mit schlechtem Gyps zu arbeiten scheint, so dass ihm die Vorzüge des Tripoliths allzu eclatant erscheinen. *v. M.* gibt auch das schmierige Aussehen des natürlichen Tripoliths zu, erwähnt aber, dass künstlicher Tripolith, aus Gyps mit 10% Magnesia, ein ebenso schönes Aussehen biete, wie reiner Gyps.

III. Herr *W. v. Muralt:* Zur Therapie der Mastdarmfistel.

Nach kurzer Orientirung über das Besondere der Entzündungsvorgänge um das Rectum wegen der anatomischen Eigenthümlichkeit der Fossa ischio-rectalis bespricht *M.* die gewöhnlich gebräuchlichen Operationsmethoden: Schnitt mit und ohne Gorgeret, nöthigenfalls mit Auskratzen der Granulationen, resp. Tuberkeln, die Ligatur (Seide, Draht, elastischer Faden), den Ecraseur, die Glühschlinge u. s. f. und empfiehlt nach seinen Erfahrungen die Durchtrennung auf der Hohlsonde mit dem thermocaustischen Messer als einfachste und sicherste Methode. Die Vortheile sind, dass man dabei keine Blutung hat (vorausgesetzt, dass man mit dem nur wenig rothglühenden Instrument langsam vorgeht), dass man keine Nachblutung zu fürchten hat, dass man leicht alle Buchten und Sinus in einer Sitzung eröffnen und alles Krankhafte übersehen und gründlich zerstören kann, und damit dem Patienten die so schmerzhaften nachträglichen Aetzungen erspart (beim Schnitt oft noch nöthig), dass der Schorf das zu rasche Verkleben der oberflächlichen Wundschichten verhindert und dadurch Verband und Nachbehandlung, wenn sie überhaupt nöthig sind, höchst einfach und schmerzlos werden. Die Narbe wird schön flach, Strictur durch starke Narbencontraction wurde nicht beobachtet. Operirt wurden auf diese Weise 3 Erwachsene und 4 Kinder (davon 2 ambulant, konnten am Tage nach der Operation ohne Beschwerden herumgehen). — Anhangsweise empfiehlt *M.* noch den Thermocauter zur Behandlung von Prolapsus ani bei Kindern und zur Operation der Haemorrhoiden. In Verbindung mit der trefflichen Zange von *Henry Smith*, welche in Verbesserung der *v. Langenbeck*-schen Klemmzange eine untergeschobene Elfenbeinplatte besitzt, gelingt es, die Operation ohne Narcose zu machen, denn sie ist — den Moment des Zuklemmens abgerechnet — schmerzlos, da Dank dem Isolator der Patient von der Glühhitze nichts wahrnimmt. Es wird dadurch die Operation höchst einfach und gefahrlos. Die Nachbehandlung ist Null, denn es bleibt nichts als ein flaches Streifchen Brandschorf, der in einigen Tagen abfällt. —

D i s c u s s i o n : 1) Herr *Kaufmann* vertritt für fistula ani die elastische Ligatur, hat bei *Kocher* viele Fälle darunter heilen sehen. Die Ligatur wird mit der Oehrsonde eingeführt und kräftig geschnürt. Das Wesentliche dabei ist Sorge für Secretabfluss, die Entfernung der Granulationen hat weniger Bedeutung.

Sehr wichtig erscheint *K.*, dass bei tuberculösen Individuen Ausbuchtungen des Fistelganges nach oben an der Aussenseite der Rectalwand vorkommen, ein Umstand, den man auf dem Continente gar nicht kennt und den *K.* zuerst im Fistula-Hospital in London gesehen. Bei der Ligaturmethode muss die Rectalwand dieser Ausbuchtung entlang ebenfalls umschnürt werden.

2) Herr *Fritzsche* hat in der *Volkmann*'schen Klinik dieses Fortsatzes der Fistel erwähnen gehört, *Volkmann* stellt denselben sogar als die Regel hin. *Volkmann* spaltet die Rectalwand, kratzt mit dem scharfen Löffel aus und tamponirt, eine Methode, die jedenfalls einfacher, als die der Ligatur, und dem Eiter freien Abfluss verschafft. *F.* zieht deshalb diese Methode vor, wenn nicht diejenige von *v. Muralt* noch besser ist.

3) Herr *Lüning* ist für die Schnittmethode, weil es wesentlich, dass man bei der Operation mit dem Finger nachfühlen kann, was bei der Behandlung mit dem Thermocauter oder der Ligatur nicht möglich ist. Das Vorkommen jener Ausbuchtung der Fistel nach oben ist ebenfalls nach *L.* schon längst bekannt.

4) Herr *v. Muralt* hält das Fortbestehen der Granulationen nur bei Tuberculösen für unwesentlich, für um so wichtiger aber die Entfernung derselben bei den andern Patienten, wozu sich der Thermocauter gerade sehr gut eignet. Die Ligatur involvirt doch immer die Gefahr des Tetanus; Tetanus nach Fisteloperation ist überhaupt nur bei der Ligatur vorgekommen.

Jenen Recessus der Fistel nach oben hat *v. M.* ebenfalls beobachtet. Derselbe war 5 cm. lang; nichts desto weniger ist es *v. M.* unschwer gelungen, demselben mit dem Thermocauter beizukommen.

IV. Herr *Veraguth:* Z u r E p i p h y s e n l ö s u n g b e i h e r e d i t ä r e r S y p h i l i s.

Die hereditär-syphilitische Epiphysenlösung bei Neugeborenen wurde 1835 von *Valleix* entdeckt, erst lange später von Mehreren (*Ranvier*, *Bargione*, *Guéniot*) bestätigt, microscopisch zuerst bearbeitet von *Wegner* (1870), welcher sie zurückführt auf 1) Necrobiose in den untern Schichten der stark gewucherten und deshalb ungenügend ernährten *Guérin*'schen spongioiden Schichte im übermässig proliferirten Epiphysenknorpel und als Osteochondritis bezeichnet. Andere Microscopiker betrachten die Lösung hervorgehend aus 2) der Necrobiose eines aus den Markhöhlen gewucherten Granulationsgewebes ganz vom Charakter eines weichen halbflüssigen Gummigewächses (*Waldeyer* und *Köbner* 1872); oder aus 3) Atrophie der knochenerzeugenden Elemente durch fettige Degeneration der Knochengefässe (*Charrin* 1873); oder aus 4) gallertiger Atrophie der spongiosa, welche compacte Knochensubstanz und Ossificationslinie ergreifen kann (*Parrot* 1874), — also immer im Knochen selbst liegend. *Haab* (1875) dagegen verlegt 5) den Trennungsprocess als s y p h i l i t i s c h e C h o n d r i t i s in den Knorpel selbst, in dessen proliferirende Zone.

V. kommt auf Grund genauer Untersuchung zweier Fälle im Wesentlichen zu einer Bestätigung der *Haab*'schen Chondritis syphilitica. Während aber nach *Haab* ein feinkörniger Zerfall der Knorpelgrundsubstanz in linearer Ausdehnung die Spaltbildung einleitet, geschieht dieselbe nach *V.* durch quere fibrilläre Zerklüftung der Grundsubstanz in der Proliferationszone des Knorpels entsprechend den Faserzügen, welche durch künstliche Maceration am normalen Knorpel sichtbar gemacht werden können, verbunden mit abnormer Proliferation der Zellen.

Egli-Sinclair.

Referate und Kritiken.

De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du corps thyroïde.

Par le Dr. *André Boursier.* Thèse présentée au concours d'aggrégation de la Faculté de médecine de Paris. Paris, G. Masson.

Parmi les rouages universitaires français, il en est un, „le concours d'aggrégation", sur lequel les lecteurs du „Corresp.-Blatt" ne seront pas fâchés d'avoir quelques renseignements. En France, les aggrégés sont des professeurs suppléants élus au concours, alors que les professeurs titulaires sont nommés par le ministre de l'instruction publique sur la présentation de l'assemblée des professeurs de la Faculté. Ces concours ont lieu pour les diverses branches des sciences médicales. Ils se composent d'une série d'épreuves subies sous les yeux d'un jury qui choisit parmi les concurrents. La thèse dit d'aggrégation, pour la distinguer de la thèse de doctorat, est l'une de ces épreuves. Elle doit être faite dans un temps relativement très limité, sur un sujet tiré au sort (environ 15 jours).

La publication de M. *A. Boursier* qui compte plus de 200 pages est une thèse semblable. On ne doit donc pas exiger d'elle le fini d'un livre mûri à loisir. Le sort a donné à l'auteur pour tâche d'exposer les différents moyens d'intervention que possède actuellement la chirurgie dans les tumeurs du corps thyroïde. Il s'agit donc là d'un très vaste chapitre qui va toujours en augmentant.

B. a commencé son travail par une esquisse de ces tumeurs au point de vue anatomique et clinique. Il s'étend ensuite longuement sur les indications et contre-indications de l'intervention chirurgicale. Il passe de là aux méthodes opératoires énumérées avec un luxe de détails qui rend témoignage d'un travail bibliographique considérable. Soit dit en passant, je n'en voudrai pas à M. *B.* de ne pas avoir mentionné les injections interstitielles d'iodoforme dans le traitement du goître, vu leur insuccès relatif. Enfin l'auteur termine par un chapitre sur l'indication des méthodes opératoires suivant les variétés de tumeur.

Arrivé à la fin du livre, le lecteur est étonné de la grande variabilité des moyens et des méthodes qui sont à la disposition du chirurgien pour intervenir efficacement dans les tumeurs du corps thyroïde. Seulement, il pourra être embarrassé par la variété des procédés et c'est le reproche que nous ferons au livre de M. *B.* Il y a en effet de ces procédés dont l'intérêt est aujourd'hui purement historique. Je me serais contenté de mentionner ceux-là et je me serais alors appesanti sur les méthodes les plus usitées, les décrivant minutieusement, puisqu'en définitive elles ne sont pas entrées dans la pratique journalière, afin de permettre au chirurgien qui n'a pas encore acquis l'expérience nécessaire d'opérer d'après ces indications. M. *B.* s'est contenté de résumés qui obligeront souvent de recourir aux travaux originaux. Néanmoins on lira son ouvrage avec fruit et on sera étonné des progrès accomplis dans ce domaine depuis quelques années. *Boéchat.*

Ueber die Methode des Kaiserschnittes nach Porro.

Von Dr. *Fritz Levy* aus Kopenhagen.

Wiener Klinik, VI. Jahrg., Heft 11—12. Wien, Urban & Schwarzenberg. S. 58.

Nach kurzer Aufzählung der früheren Versuche, durch Amputation des Uterus die Gefahr der septischen Peritonitis und der Blutung beim Kaiserschnitt zu vermeiden, (Fall

von *Storer* 1868) beschreibt Verf. ausführlich die erste von *Porro* in Pavia (21. Mai 1876) ausgeführte planmässige Operation. Die einzelnen Acte dieser letzteren werden eingehend besprochen mit Berücksichtigung der von anderen Operateuren empfohlenen Abänderungen der *Porro*'schen Methode. Unter diesen Modificationen wird besonders die von *P. Müller* zuerst empfohlene Heraushebung des Uterus aus der Bauchwunde und die Anwendung der künstlichen Blutleere vor Eröffnung der Gebärmutter gebührend hervorgehoben. Die extraperitoneale Behandlung des mittelst des *Cintral*'schen oder *Maisonneuve*'schen Schlingenschnürers oder des von *Péan-Billroth* modificirten Ecraseurs umschnürten Stieles wird der Versenkung des durch die Naht geschlossenen Stumpfes als bei weitem sicherer vorgezogen.

Von den 51 bis jetzt an verschiedenen Orten Operirten, welche alle einzeln aufgeführt werden, genasen 23 Mütter (45,1 %) und starben 28 (54,9 %). Lebend geboren wurden 38 Kinder (74,5 %). Fast die Hälfte aller Operationen, 23, fallen auf Italien (65,2 % †); Oesterreich weist 12 Fälle auf mit 66,7 % Heilungen, Frankreich 7 Fälle mit 57,4 % Heilungen, Deutschland 4 Fälle mit 0 % Heilungen. Die Indication zur Operation war gegeben 33mal durch das rhachitisch verengte Becken, 6mal durch osteomalacische Becken, 2mal durch Tumoren, in den anderen Fällen durch Uterusruptur, Stenose der Vagina, Zwergbecken, acutes Lungenœdem. Die Todesursache war fast immer die septische Peritonitis, nur je einmal Collaps, Blutung und Tetanus.

Eine kurz gefasste Schilderung derjenigen Operationsweise, welche nach den bis jetzt gewonnenen Erfahrungen als die rationellste muss bezeichnet werden, bildet den Schluss.

Verf. giebt sich grosse Mühe, die von verschiedenen Seiten gegen diese immerhin verstümmelnde Operation geltend gemachten moralischen und ethischen Bedenken zu widerlegen. Eine vergleichende Statistik der Resultate der neuen Methode mit denjenigen der alten Sectio cæsarea, welche aber fehlt, würde wohl am leichtesten die Gegner von dem hohen Werthe der *Porro*'schen Operation überzeugen. Um nur ein Beispiel anzuführen, so gieng von den ziemlich zahlreichen im Zeitraum von 1800—1877 auf den Wiener Kliniken ausgeführten Kaiserschnitten kein einziger in Heilung aus. Seit 1877 dagegen sind von 10 nach *Porro* in Wien unternommenen Operationen bereits 6 glücklich gelungen.

Münch.

Compendium der Unterleibshernien.

Von Dr. med. *Heckel*, pract. Arzt in München. Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke. S. 144.

Ohne auf Originalität Anspruch zu machen soll dieses kleine Compendium, wie die Vorrede sagt, nur das Nothwendige und Wissenswerthe in der Erkenntniss und Behandlung der Unterleibshernien geben.

Bei der Lectüre des Buches muss man sich jedoch gestehen, dass der Verf. diesen Zweck nur in sehr mangelhafter Weise erreicht hat. Jedes neuere chirurg. Lehrbuch wird dem Studirenden eine bessere Einsicht in die Lehre von den Hernien bieten als dieses Compendium.

Verf. bespricht zuerst die Unterleibsbrüche im Allgemeinen und im zweiten Abschnitte die einzelnen Arten derselben nach ihrem Sitze. In beiden Theilen wird die Ursache der Bruchsackbildung in weitläufigster aber einseitigster Weise besprochen. Nach des Verf. Ansicht soll in allen Fällen ein am Peritoneum von aussen wirkender Zug die Ausstülpung hervorbringen; bei Nabelbrüchen z. B. sollen die respiratorischen Bewegungen der Bauchwand durch ihren Zug den Bruchsack hervorziehen.

Die allgemeinen Unterscheidungsmerkmale der Hernien von anderen Geschwülsten finden sich nirgends angeführt. — Bei der Besprechung der Radicalheilung der Brüche sind die sämmtlichen, längst veralteten, zu diesem Zwecke empfohlenen Operationen sehr gewissenhaft aufgezählt, während die in neuester Zeit unter dem Schutze der Antisepsis von *Czerny*, *Socin*, *Schede* u. A. mit bestem Erfolge unternommenen Radicaloperationen gar nicht erwähnt werden.

Ueberhaupt scheint der Verf. die antiseptische Wundbehandlung kaum vom Hörensagen zu kennen und sich ganz nicht bewusst zu sein, dass durch dieselbe ein gewaltiger Fortschritt in der Therapie der Hernien ist gemacht worden. Demgemäss fehlen auch alle Angaben über die Antisepsis bei Bruchoperationen, über Resection gangrænöser

Darmtheile, antiseptische Darmnaht, Drainage und Anlegung des antisept. Verbandes etc. vollständig.

Diesem mangelhaften Inhalte stehen der Styl und die Orthographie des Verf. ebenbürtig zur Seite; namentlich an den Autorennamen hat er sich arg versündigt.

Druck und Ausstattung des Buches sind vortrefflich. *Münch.*

Die parasitären Krankheiten des Menschen.

I. Entwicklungsgeschichte und Parasitismus der menschlichen Cestoden. Von *Sigm. Theod. Stein*, pract. Arzt zu Frankfurt a. M. Lahr, Schauenburg 1882, 4⁰. 48 S., 79 Textillustrationen und 14 phototypische Tafeln mit 115 photographischen Abbildungen. Preis Fr. 24.

Verfasser hat es unternommen, den bekannten, in neuer Auflage erschienenen, bezw. erscheinenden Werken von *Küchenmeister* und *Leuckart* ein weiteres, auf vier Lieferungen berechnetes Lehrbuch über Parasiten des Menschen hinzuzufügen. Die vorliegende erste Lieferung enthält die Naturgeschichte und die pathologische Bedeutung der Bandwürmer. Der Text ist knapp gehalten und das Hauptgewicht auf naturgetreue Abbildungen gelegt. Die Tafeln enthalten ausschliesslich photographische Aufnahmen nach (meist microscopischen) Präparaten von *Stein*, *Leuckart* u. A. Die Abbildungen sind deshalb absolut genau, aber, was für ein Lehrbuch sehr in's Gewicht fällt, sie sind auch meistens gut gelungen und leicht verständlich, was sich nicht von allen Microphotographieen behaupten lässt. Dem Verständniss der Photographieen wird noch durch viele Textillustrationen nachgeholfen. Manche für die Differentialdiagnose wichtigen Theile (Scolices und reife Proglottiden) sind so stark vergrössert, dass die Tafeln auch zur Demonstration vor einem grössern Zuhörerkreis verwendet werden können. Besondern Dank muss man dem Verf. wissen für die photographische Reproduction der seltenen Tænia nana aus Aegypten und flavo-punctata aus Amerika (erstere nach Präparat von Dr. *Ad. Schmidt* in Frankfurt, letztere nach Präparat von Dr. *Weinland* in Esslingen).

Aus dem Texte dürfte den Practiker die von dem vielerfahrenen *St.* angewandte Bandwurmkur am meisten interessiren: Extractum filic. maris æthereum in grossen Dosen ohne jegliche Vorkur wird „mit stets gleichem, r a d i c a l e m Erfolge“ gegen Tænia solium, T. mediocanellata und Bothrioceph. verabreicht. Verf. lässt morgens früh nüchtern eine Tasse Caffee nehmen und dann mit Hilfe einer zweiten Tasse das in elastische Gelatinekapseln eingeschlossene Mittel nach folgendem Recepte einnehmen:

R. Extr. filicis mar. æther. grmm. 7,5 ad 10 (Kinder 4—6 grmm.). Div. in p. æqual. n⁰ 15—20. Det. ad capsulam gelatinosam elastic. S. Binnen einer halben Stunde zu nehmen.

Eine halbe Stunde nach der letzten Kapsel folgt eine Schüttelmixtur von Cognac, Ricinusöl und Syrup. Zingib. ana 15 grmm., „und habe ich b i s j e t z t i n k e i n e m e i n z i g e n F a l l e i n e n M i s s e r f o l g gesehen,“ indem immer auch der Kopf mit abgieng. Allfällige Misserfolge können nur in der Qualität der zu dem Extract angewandten Wurzeln oder in mangelhafter Bereitung des Extractes begründet sein. „Nur dann, wenn die einzelnen keilförmigen Stöcke kleinfingerdick sind und auf dem Bruche einen pistaziengrünen frischen Saft auspressen lassen, sind sie brauchbar. Die meisten Rhizome aber, welche den Apothekern als echte überbracht werden, haben diese Eigenschaft nicht; sie zeigen auf dem Bruche eine bräunliche, statt einer hellgrauen Färbung. Es handelt sich daher in erster Linie darum, dass der nach meiner Methode behandelnde Arzt auch die Ueberzeugung gewinne, dass diejenige Apotheke, welche nach seinem Recepte anfertigt, auch wirklich frischen und wirksamen Extract besitze.“ *R.*

Cantonale Correspondenzen.

Zürich. Condurango. Anlässlich der im Corr.-Bl. Nr. 4 pag. 118 im Auszuge wiedergegebenen Inauguraldissertation von Herrn Dr. *Hoffmann*, Assistenzarzt der medic. Klinik in Basel, macht es mir um so mehr Vergnügen, meine Erfahrungen über Condurangowirkung bei Magencarcinom mitzutheilen, als dieselben die Schlussbemerkungen von Herrn Dr. *Hoffmann* bestätigen.

In den verflossenen 2 Jahren habe ich 6 Magencarcinome mit Decoct. Condurango nach Vorschrift von Prof. *Friedreich* behandelt. Ich kam auf diese Behandlung in Folge

eines Falls von palpabelm Magencarcinom, den ich in der Klinik von Herrn Prof. *Leube* in Erlangen mit Decoct. Condurango behandeln sah und zwar mit dem Erfolg, dass der Tumor verschwand und Patientin als geheilt entlassen wurde.

In allen 6 Fällen meiner Behandlung war die Diagnose sicher; der Tumor in 2 Fällen an der grossen Curvatur, in 4 Fällen in der Pylorusgegend des Magens palpabel, die Krebscachexie eine mehr oder weniger ausgesprochene, das Erbrechen in 4 Fällen vorhanden, die Schmerzen in 5 Fällen ausserordentlich heftig, der Appetit in allen Fällen schlecht.

Von den 6 Fällen konnte ich an zweien keine Wirkung des Decoct. Condurango constatiren, da die Cachexie zu weit vorgeschritten war und der eine Patient in 8 Tagen, der andere nach 14 Tagen collabirte. In den andern 4 Fällen war aber die Condurangowirkung eine überraschende. Das Erbrechen liess in einem Falle sofort, in zwei andern nach wenig Tagen nach, die Schmerzen nahmen ab und der Appetit besserte sich bei Allen. Leider aber hielt in allen 4 Fällen diese Wirkung nur eine Zeit lang an; nach einigen Wochen oder Monaten der Besserung trat plötzlich ein Stillstand ein und meistens ganz schneller Collaps. Eine etwelche Abnahme des Tumors habe ich in 2 Fällen, ein Verschwinden nicht beobachten können.

Von den angeführten 4 Fällen ist besonders einer frappant. Anfangs Januar 1881 wurde ich zu Frau M. in M. gerufen, die schon 4 Monate bettlägerig gewesen und ärztlich behandelt worden war ohne weitern Erfolg als dass durch Morphiuminjectionen die Schmerzen zeitweise gemildert, das Befinden der Patientin aber von Tag zu Tag schlechter geworden sein soll. Ich constatirte einen palpabeln, knolligen, über den linken Leberlappen vorspringenden Tumor; Krebscachexie, vollständige Appetitlosigkeit, häufiges Erbrechen von kaffeesatzähnlichen Massen, zeitweilige, sehr grosse Schmerzen. Ich sagte der Frau, dass ich sie nicht heilen könne, dass es aber ein Mittel gebe, das ich in einigen Fällen mit dem Erfolg angewandt hätte, dass das Erbrechen nachlasse, die Schmerzen abnehmen und der Appetit sich hebe. Und wirklich, so zu sagen mit Beginn der Condurangocur, trat diese Besserung ein und war eine so überraschende, dass Patientin nach 4 Wochen im Stande war, das Bett zu verlassen und täglich einige Stunden ausserhalb desselben verweilte; der Appetit wurde vortrefflich, die Kräfte, das Körpergewicht hoben sich und das Aussehen wurde auch ein so gutes, dass die Angehörigen der Patientin und nicht am wenigsten sie selbst ganz bestimmt erwarteten, sie würde vollständig gesund. 8 Wochen lang hielt diese Besserung an. Der Tumor blieb sich gleich. Mit Anfang April änderte sich der Zustand plötzlich zum Schlimmen. Der Appetit blieb von einem Tag auf den andern ganz aus. Erbrechen trat nicht ein, auch keine Schmerzen. Unter raschem Verfall collabirte Patientin unterm 20. April.

Diese Erfahrungen führen mich zu der Annahme, dass wir, wie Herr Dr. *Hoffmann* in seinen Schlussbemerkungen angegeben hat, in der Condurangorinde ein Mittel besitzen, das bei Magencarcinom günstig wirkt gegen Erbrechen, den Appetit hebt, die Schmerzen oft verschwinden macht und die Lebensdauer etwas verlängert.

Seitdem ich beobachtet habe, wie sehr die Condurangopräparate den Appetit heben bei Magencarcinom, habe ich dieselben sehr oft bei einfacher Dyspepsie angewandt und in einzelnen Fällen mit recht gutem Erfolg, so dass ich das Decoct. Condurango für eines der besten Stomachica halte und den Herren Collegen bestens empfehle.

Uster, im Februar 1882. Dr. *Stutz.*

Zürich. Vollständiger Mangel der innern weiblichen Genitalien. N. N. von N. ist die 23jährige Tochter ihres noch lebenden gesunden Vaters und der vor 8 Jahren an Phthisis gestorbenen Mutter. Zwei Schwestern starben in frühester Jugend, die zwei noch lebenden sind gesund und regelmässig menstruirt. Sie ist von mittelgrosser Statur, körperlich und geistig gut entwickelt und gut genährt. Als Kind habe sie viel mit Drüsenflüssen am Halse (Adenitis) zu thun gehabt. Seither sei sie stets gesund gewesen, nur in jüngster Zeit sei sie von Husten und Heiserkeit befallen worden, was beides jetzt noch besteht. Stuhlgang habe sie täglich, das Uriniren gehe ohne Beschwerden. Menstruation oder Krämpfe seien niemals aufgetreten. Von geschlechtlicher Aufregung weiss sie nichts.

Die Schamhaare sind sehr stark entwickelt; die äussern Geschlechtstheile: grosse

und kleine Schamlippen, Clitoris, Hymen erscheinen soweit normal, nur ist keine Harnröhrenmündung aufzufinden. Das Hymen präsentirt sich als eine nach dem Centrum hin gefranste Hautleiste, die dem eindringenden Finger kein Hinderniss, namentlich keine Umschnürung darbietet; erst circa 5 cm. tief in den immer enger werdenden Schlauch eingedrungen, stösst der Finger auf ein ringförmiges, spannendes, den Schlauch abschliessendes Hinderniss. Ein eingeführter Catheter, in dessen Fenstern sich die Fransen des Hymens leicht fangen, dringt ohne Schmerzen zu verursachen durch jenen Sphincter und fördert normalen Urin zu Tage. — Im Verlaufe des Schlauchs wird keine Abzweigung weder nach hinten noch nach den Seiten hin bemerkt; gleich hinter dem Hymen fühlt sich die Schleimhaut rechts etwas runzlich oder narbig an. — So weit der untersuchende Finger in das ziemlich leere Rectum hinaufdringt, findet er kein einem Uterus entsprechendes Organ, erst gegen das Promontorium hin fühlt er, der vordern Rectumwand anliegend, einen olivengrossen, nach oben nicht zu umtastenden Körper, der mit Hülfe des in die Blase eingeführten Catheters als zwischen Blase und Rectum gelegen erkannt wird. Die äussere Untersuchung durch die Bauchdecken gestattet sehr leicht die Aufsuchung der Wirbelsäule und des Promontoriums, unterhalb welchem die im Rectum befindliche Fingerspitze, jener kleine Tumor aber nicht gefühlt wird. *Sigg.*

Aus der Wasserheilanstalt Mammern.

Es ist gewiss am Platze, dass auch die stillen Hydropathen hie und da einmal etwas von sich hören lassen, und ich darf daher wohl auf freundliche Beachtung einiger Mittheilungen rechnen, mit welchen ich in aller Kürze meine besten Erfahrungen aus den letzten Jahren zusammenfasse. In der Hauptsache handelt es sich ohne grosse Modificationen um Bestätigung meines frühern Referates (Corr.-Bl. 1878, 1.), womit ich die Stellung der Hydrotherapie zu den Psychosen und zugleich ihre Hauptaufgaben zu zeichnen versuchte.

Den Psychosen gegenüber beobachte ich noch grössere Reserve, als früher. Leichtere Fälle von Melancholie wurden zwar immer noch mit mehr oder weniger gutem Erfolge behandelt, schwere dagegen schon aus dem einen Grunde in Irrenanstalten dirigirt, weil ihre Heilung zu lange Zeit in Anspruch nimmt. — Ausserdem hatte ich mehrmals wieder Gelegenheit, die progressive Paralyse zuerst zu erkennen und theilweise — vorübergehend — zu bessern. Ein College darunter konnte längere Zeit wieder practiciren.

Bei Epilepsie habe ich meistens negative Resultate verzeichnet, und die einzige complete Heilung schreibe ich mehr dem Bromnatrium, als dem Wasser zu. In allen andern Fällen wurde auch durch diese Combination nicht einmal erhebliche Besserung erzielt. Hienach finden Epileptiker keinen besondern Vortheil bei der Wassercur, und diese Erfahrung berechtigt mich wohl dazu, aus Rücksicht für die übrigen Kranken die Epileptiker, wie die Geisteskranken, in der Regel von der Aufnahme auszuschliessen.

Die Verhütung von Psychosen blieb eine meiner Hauptaufgaben, wenn man als Prophylaxis derselben — i. e. Psychosen — die Heilung von allgemeiner Nervosität, Schlaflosigkeit, Hysterie, Hypochondrie, Neurasthenia cerebralis gelten lässt. Die günstigen Erfolge auf diesem Gebiete bekräftigen immer mehr die Behauptung, dass hier die Wassercur eine grosse Bedeutung habe. Dabei kommt sehr viel auf sorgfältiges Individualisiren, Herbeiziehen geeigneter Hülfsmittel: des constanten Stromes und sowohl körperlicher als geistiger Gymnastik an.

Der Alcoholismus, auch hierher gehörig, ist an und für sich ebenfalls ein dankbares Object; mit der Trunksucht aber kämpfen Götter selbst vergebens, und es wäre thöricht zu glauben, dass sie durch das strenge Regime einer Wasserheilanstalt geheilt werden könne, während der Wirthshausbesuch auswärts vom guten oder schlechten Willen der Curanden abhängt. Nach meiner Erfahrung fangen die meisten Potatoren wieder zu trinken an, sobald sie sich „wieder gesund fühlen und daher keiner ärztlichen Mahnungen mehr bedürfen".

Bei der Hysterie und Hypochondrie bestätigte sich der häufige Zusammenhang mit Sexualkrankheiten, welche eine entsprechende Behandlung erforderten. Da Impotenz, Pollutionen und Spermatorrhœ leichter geheilt wurden, als die am häufig-

sten vorgekommenen Uterinleiden: Versionen und Flexionen, so ergab sich durchschnittlich eine bessere Prognose für die bezügliche Hypochondrie, als Hysterie.

Als Curiosum erwähne ich die durch Dr. *Kuhn* in St. Gallen ausgeführte, gelungene Castration an einer Hysterischen, die mit der Vermittlung der Operation keine Ruhe liess, weil sie von ihren immer wiederkehrenden Menstruationsbeschwerden und Nervenleiden gründlich befreit sein wollte. Das künstliche Climacterium hat seinen Zweck vollständig erreicht.

Die meisten der genannten Neurosen hängen mit Anämie zusammen und boten mir beiläufig reichliche Gelegenheit, die gerühmte Wirksamkeit der Hydrotherapie bei Anämie zu erproben. Bei richtigem Verfahren und entsprechender Ernährung wurden durchschnittlich sehr befriedigende, in einigen Fällen überraschende Erfolge erzielt, welche der Beachtung empfohlen werden dürfen. Die Anämie nach Blutkörperchenzählungen zu taxiren, bin ich freilich nicht in der Lage; übrigens kann ich mich meistens auf die Diagnose des Ordinarius stützen. Es verdient bemerkt zu werden, dass manchen Anämischen aus der bestgefütterten Classe eine einfachere Lebensweise mit reichlichem Milchgenuss sehr gut bekommt, und ich zweifle nicht mehr an den günstigen Resultaten, deren sich auch der Vegetarianismus bei Bleichsüchtigen rühmt.

Die Rückenmarkskrankheiten: Meningitis, Myelitis, Tabes, multiple Sclerose, Spinalirritation, Neurasthenia spinalis, — bildeten wie früher eine meiner wichtigsten Aufgaben. Es kann keinem Zweifel mehr unterliegen, dass bei allen diesen Affectionen von der Hydrotherapie in Verbindung mit dem constanten Strome die meiste Hülfe zu erwarten ist. Was speciell die Tabes betrifft, so stimme ich *Winternitz* vollkommen bei, wenn er auf Lauwassertherapie Gewicht legt, und muss man sich hier nach meiner Erfahrung ebenso gut vor dem kalten Wasser, wie vor den Thermen in Acht nehmen. Bei luetischer Tabes fand ich in der Regel die Prognose ungünstig, hatte übrigens nie den Muth, eine energische specifische Therapie einzuleiten. Herr Prof. *Horner* wird es mir nicht übel nehmen, wenn ich bemerke, dass er mich anlässlich einer Tabes mit Amblyopie in der Meinung bestärkt hat: es sei in solchen Fällen die antisyphilitische Behandlung sehr gewagt und habe wenig Chancen.

Die Syphilis hier weiter berührend, glaube ich weniger als je, dass solche mit Wasser curirt werden könne, habe hingegen — allerdings nur in wenigen Fällen — von Neuem die Beobachtung gemacht, dass die Mercur- (Calomel-) Wirkung durch die Wassercur unterstützt und beschleunigt wird. Hiebei denke ich mir, dass der Mercur rascher umgesetzt und wieder ausgeschieden wird.

Unter den Neurosen spielte auch Ischias eine grosse Rolle. Heilung frischer und entschiedene Besserung veralteter Fälle war die Regel, seitdem ich den constanten Strom zu Hülfe nahm, während die Hydrotherapie allein ziemlich negative Resultate geliefert hat.

Circulationsstörungen: Von den üblichen Kopfcongestionen und Hämorrhoiden brauche ich nicht zu sprechen; dagegen möchte ich von Neuem wieder auf den günstigen Einfluss aufmerksam machen, welchen das „Wasser“ auf die insufficiente Circulation bei Fettherz ausübt. Bei den betreffenden Kranken handelt es sich meistens um allgemeine Fettsucht, die auch diätetisch — nach *Banting* — angegriffen werden muss. Bekanntlich ist hiebei grosse Vorsicht geboten.

Mit Krankheiten der Respirationsorgane habe ich selbstverständlich relativ wenig zu thun. Es ist zwar nicht aus der Luft gegriffen, wenn ich behaupte, die Phthisis sei ein dankbares Object für die Hydrotherapie; aber mit dieser sollen auch klimatisch entsprechende Verhältnisse zur Geltung gelangen. Chronische Catarrhe der Athmungsorgane wurden ziemlich oft behandelt, weil betreffende Kranke häufig zur Abhärtung kommen. Beim Bronchialcatarrh scheinen mir Fichtennadelbäder eine wirksame Inhalationscur zu sein, deren Prüfung an geeigneterem Orte ich empfehlen möchte.

Oft ganz beiläufig kommt mir die Pharyngitis granulosa häufig zu Gesichte, und es verdient Erwähnung, dass die consequente Anwendung des sog. Mundbades verhältnissmässig Rühmliches geleistet hat.

Bei chron. Gelenkrheumatismus und Arthritis deformans haben mir ebenfalls die Fichtennadelbäder als adjuvans sehr gute Dienste geleistet, wäh-

rend ich von der Wassercur allein geringen Nutzen sah. Auch in einigen Fällen von Caries sicca wirkten jene günstig.

Im Februar 1882. *Wirth.*

Wochenbericht.

Schweiz.

— **Selbstmord durch Carbolsäure.** Ein 45 Jahre alter Mann, in schlechten Vermögensverhältnissen und lebensüberdrüssig, kehrte am 16. Februar Abends kurz vor 9 Uhr nach Hause zurück. Etwas angetrunken wollte er sich zu Bett legen. Nach etwa 10 Minuten hörte ihn seine Frau vom Nebenzimmer aus schwer, röchelnd athmen; beunruhigt begab sie sich in's Nebenzimmer und fand ihren Mann angekleidet im bewusstlosen Zustand mit erschwerter Respiration auf dem Bett liegen. Der Tod erfolgte in kurzer Zeit, der Körper blieb in ruhiger Lage, ohne krampfhafte Bewegungen, mit gebrochenen, verdrehten Augen. Der Frau fiel auf dem Tisch das leere Fläschchen Carbolsäure auf, neben demselben ein Trinkglas, welches nach Carbolsäure roch, und der starke Carbolgeruch, welcher aus dem Munde des Sterbenden strömte.

Der herbeigeholte Arzt fand schon die Leiche und constatirte ausser dem Carbolgeruch leichte Verbrennungen an Rachen, Zunge und Zahnfleisch. Pupillen zeigten sich contrahirt.

Am folgenden Morgen entdeckte die Frau, dass ihr Mann ein kleines Quantum Weingeist von etwa 30 grmm. mit der Carbolsäure gemischt und getrunken hatte. Vom Schlucken bis zum Sterben sind kaum 20 Minuten verflossen.

Die Frau benützte die Carbolsäurelösung zum Anrühren von Carbolsalben. Das Fläschchen kann 30 grmm. enthalten, und wenn wir eine Maximallösung von 90% Carbolsäure und 10% Weingeist annehmen, so hat Denatus wenigstens 25 grmm. reiner Carbolsäure geschluckt, eine gewiss tödtliche Dose.

Basel, den 23. Februar 1882. Dr. *deWette.*

— **Aus dem Wartezimmer.** Wir machen unsere Collegen auf eine Kleinigkeit aufmerksam, die verhängnissvoll werden kann. Wir schöpfen aus dem „illustrirten Anzeiger für Contor und Bureau". Prof. Dr. *Spiegel* in B. hatte die Gewohnheit, auf das Vorsetzblatt (erstes, weisses Blatt) seiner Bücher und zwar oben rechts seinen Namen zu schreiben: Dr. theol. *Spiegel.* Ein Spitzbube, welchem, während er auf eine Audienz wartete, ein solches Buch in die Hände kam, schnitt das Blatt heraus, schrieb über den Namen „Angenommen" und auf den leeren Raum einen Primawechsel von 4000 Mark. Da der Wechsel auf Herrn Dr. *Spiegel* ausgestellt, von diesem, einem reichen Manne, mit seiner stadtbekannten, eigenhändigen und deutlichen Unterschrift acceptirt war, wurde es dem Fälscher leicht, den Wechsel bei dem Banquier v. S., einem Freunde des Professors, zu discontiren, während dieser auf einer Ferienreise abwesend war, und dann zu verschwinden. Als der Professor vergnügt zurückkam, liess ihm der Banquier, zugleich mit den besten Glückwünschen zu den fröhlich verlebten Ferien, den Wechsel präsentiren. Wie sich die zwei zusammen abfanden, blieb im Schoosse der Freundschaft begraben; aber gerichtlich hätte der Professor bezahlen müssen, was auch wir für unser Wartezimmer uns merken können.

Genf. Internationaler hygieinischer Congress. Zu der, bei Anlass des Congresses stattfindenden, Ausstellung werden pharmaceutische Producte nur in dem Sinne zugelassen, als sie zur Desinfection verwendet werden sollen. Wir theilen auf diesem Wege diese Antwort des Comités auf eine an uns gelangte Anfrage mit.

Lausanne. Den 26. Februar starb plötzlich im kräftigsten Mannesalter Dr. *Philipp de la Harpe*, seit 8 Jahren ein ausgezeichnetes Mitglied der Schweizer Aerztecommission. Mit ihm scheidet aus unserer Mitte ein liebenswürdiger und hochbegabter College, der als Vertreter der romanischen Schweiz mit warmem Interesse und aufopfernder Hingabe die Arbeiten fördern half, für welche die Schweizer Aerzte in den letzten Jahren ihre Kraft einsetzten. Sein feines Verständniss und sein Tactgefühl haben uns jederzeit die Wege zur gemeinsamen Arbeit geebnet und die warme Anerkennung seiner Leistungen sichern ihm auf alle Zeiten dankbare und freundliche Erinnerung.

Neuenburg. Thermometrie. Ein wohl von manchem Collegen aus eigenem Ermessen geübter, meines Wissens aber nicht allgemein bekannter Kunstgriff zu rascher Bestimmung der Körpertemperatur ist folgender. Die Quecksilbersäule wird vor Einlegen des Thermometers über die muthmasslich zu findende Höhe künstlich hinaufgetrieben. Es geschieht dies mit Leichtigkeit und binnen einer Minute durch rasches Reiben der Kugel zwischen Daumen und Zeigefinger; Temperaturen von 40—42° sind so sicher zu erzielen; steht es zu rascher Verfügung, so kann warmes Wasser zum Eintauchen verwendet werden. Das hierauf eingelegte Thermometer zeigt binnen höchstens 2 Minuten wieder durch Sinken des Quecksilbers bis auf den der Körpertemperatur entsprechenden Punct der Scala die gesuchte Grösse an. Die Methode kann sehr beschäftigten Aerzten Dienste leisten, da sie sonst die Thermometrie aus Mangel an Zeit zuweilen zu vernachlässigen gezwungen sind. Mir ist sie besonders willkommen bei kleinen Kindern, wo mich auch die Schwierigkeit des langen Liegenlassens darauf gebracht hat. An Genauigkeit mag sie vielleicht dem letztern etwas nachstehen, doch nicht so viel, dass sie nicht in den meisten Fällen durchaus hinreichende Resultate gäbe. *Trechsel.*

Zürich. Mit grossem Vergnügen können wir heute die Thatsache melden, dass der Gründer unseres Corr.-Bl., Prof. *Klebs*, einen Ruf an die durch Prof. *Ziegler*'s Weggang vacant gewordene Stelle eines Professors für pathologische Anatomie an der Universität Zürich angenommen hat.

Nach 10jähriger Abwesenheit im Auslande kehrt Prof. *Klebs* wieder in die Schweiz zurück und wir freuen uns, den ausgezeichneten Freund und Collegen wieder in unserer Mitte willkommen heissen zu können. Seine frische Arbeitskraft und energische Initiative, seine hohen Verdienste um die Interessen des ärztlichen Standes der Schweiz sind uns Bürge, dass er nicht nur ein ausgezeichneter Lehrer und Förderer unserer Wissenschaft, sondern auch wieder ein eifriges Mitglied des ärztl. Centralvereins sein wird.

Ausland.

— **Jodoform.** (Fortsetzung.) In keinem Vergleich zur inneren Anwendung des Jodoforms steht aber in jüngster Zeit sein externer Gebrauch, welchem von allen Seiten und aus allen Disciplinen warme Lobredner erwachsen. Es würde zu weit führen, hier die vielfachen Empfehlungen auf den Gebieten der Chirurgie, der Augen-, Zahn-, Ohren-, Rachen-, Kehlkopfheilkunde, der Dermatologie und Syphilidologie etc. auch nur andeutungsweise zu berühren. Grundlegend für diese neue Aera der Therapie waren die Veröffentlichungen des Wiener Chirurgen *von Mosetig-von Moorhof*, der zuerst das Jodoform als chirurgisches Verbandmittel anzuwenden wagte und staunenerregende Heilungsresultate verkündete. In einem jüngst erschienenen Vortrage der *Volkmann*'schen Sammlung (Nr. 211), über welchen hier kurz soll referirt werden, theilt der Autor selbst seine Erfahrungen über den Jodoformverband mit, welche im Allgemeinen von der Mehrzahl der anderweitigen Publicationen unterstützt werden.

v. M. wendet das Jodoform seit Anfang 1879 auf seiner chirurgischen Abtheilung an, durch *Moleschott* dazu angeregt, und gab die ersten Mittheilungen darüber 1880, denen sich bald die von *Billroth (Mikulicz, Wölfler)*, *Gussenbauer* etc. anschlossen.

Nach *v. M.* eignet sich für offene Wunden am besten das reine Jodoform. Entgegen *Güterbogk* zieht *v. M.* das pulverisirte J. dem krystallinischen Präparate vor, da sich ersteres besser in der Wunde gleichmässig vertheilen lässt, die prima intentio weniger hindert und leichter wieder entfernt werden kann.

Mit dem Pulver soll die Wunde sammt allen ihren Vertiefungen, Buchten etc. bedeckt, aber nicht in toto ausgefüllt werden. Dazu sind niemals mehr als 60 grmm., bei Kindern höchstens 20—40 grmm. nöthig, was *v. M.* ausdrücklich gegenüber falschen Auslegungen seiner ersten Publicationen hervorhebt. Die Bestreuung der Wunden geschieht entweder mittelst eines Spatels oder eigener Streubüchsen, sprayartiger Pulverbläser (wie z. B. des von *Wölfler* angegebenen). Zur Einführung des Pulvers in Hohlgänge dient ein Porte-remède-artiges Instrument, noch besser aber das Jodoformstäbchen, welches entweder mehr starr, mit Butyr. Cacao (1 : 9 J.), oder weicher, biegsamer mit Gelatine (2 : 8 J.) bereitet wird. Zur Einspritzung wird entweder die allerdings sehr reizende ätherische Lösung des Jodoforms (1 : 6) oder ein Oel resp. Glycerinemulsion verwendet (Jodof. 50 tere c. Glycer. 40,0. Aq. dest. 10,0, gumm. trag. 0,3 u. f. emuls. 50%), letz-

tere besonders zu parench. Injectionen, da sie auch durch dünne Canülen leicht passirt. Zur Einspritzung bedient sich *v. M.* übrigens besonders construirter Spritzen, deren Stempel durch Schraubenwirkung bewegt wird.

Die meisten Chirurgen bedienen sich zur Reinigung und Abspülung der Wunden vor Application des Jodoforms noch der 2—3procentigen Carbollösungen, selbst des Chlorzinks. *v. M.* zog es vor, im Interesse der Reinheit seiner Versuche keine weiteren Antiseptica anzuwenden und die Wunden einfach mit reinem Wasser abzuspülen und bemerkte dabei keinerlei Aenderung im Wundverlaufe. Immerhin benützt und empfiehlt er zur Reinigung der Hände, Instrumente und Schwämme, wie auch *Mikulicz* und *Wölfler* dringend die 2procentige Carbollösung. Das Beiseitelassen der Carbolabspülung der Wunden begründet *v. M.* damit, dass das J. im Gegensatz zum Carbol ein dauerndes, nicht flüchtiges Antisepticum sei, welches seine Wirkungen in der Wunde fort und fort entfalte und auch die allenfalls bei der Operation oder dem Verbande in die Wunde gerathenen Spaltpilze sicher unschädlich zu machen vermöge.

Die so gereinigte Wunde wird in ganzer Ausdehnung (Periost, Markhöhle etc.) gründlich mit dem Jodoformpulver bestäubt, welches, in dünner Lage angewendet, die prima int. nicht verhindert.

Wunden, welche ganz offen gelassen werden, sollen mit dem Jodoformpulver also nicht ausgefüllt werden, was zu gefährlich und auch zu theuer wäre. Bleibt eine grössere Höhle bestehen, z. B. nach Necrosenoperation, so wird dieselbe nach der Bestreuung am besten mit Gazetampons ausgefüllt. Die trocken, d. h. nur durch Einpudern des Stoffes, zubereitete Jodoformgaze ist in ihrem Jodoformgehalte inconstant, da das nicht fixirte J. beim Anwenden leicht herausfällt. *v. M.* empfiehlt daher seine 30 und 50% J. enthaltende, feucht zubereitete Jodoformgaze, welche, ohne Zusatz von Walrath, Paraffin, Colophonium etc. hergestellt, nicht anklebt und die Wunde nicht reizt. Leider verschweigt er aber die Art der Zubereitung. — Dagegen gibt *Wölfler* in einem Referate über 18 meistens totale Zungenexstirpationen, oft mit ausgedehnter Wegnahme grösserer Theile des Bodens der Mundhöhle, der Drüsen etc., welche alle ohne locale und allgemeine Complication unter dem Jodoformverbande heilten, folgende Vorschrift zur Selbstbereitung der Jodoformgaze:

In 1200 Thl. 94proc. Alcohol werden 60 Thl. Colophonium gelöst, 50 Thl. Glycerin zugesetzt und in dieser Mischung 6 M. hydrophiler Gaze getränkt. Nach dem Ausdrücken wird die halbtrockene Gaze mit 50 Th. Jodoformpulver bestäubt. Mit dieser Gaze wird die Wundhöhle in vierfacher Lage ausgefüllt. Sie haftet in der Regel 4—5 Tage, braucht wegen der Ernährung nicht gewechselt zu werden und genügt, um die Wunde vollständig und dauernd aseptisch zu halten. Nach *W.* bildet diese Jodoformgaze für alle mit den natürlichen Körperöffnungen communicirenden Wunden das beste, einfachste und zuverlässigste Antisepticum.

Wunden, welche nur theilweise durch die Naht geschlossen werden (z. B. Resectionswunden) werden ebenso zuerst messerrücken- bis 0,5 cm. dick eingestreut, dann drainirt und genäht. Um eine Nachblutung in die Höhle zu verhindern, legt *v. M.* für einige Stunden über dem Deckverband eine elastische Compressionsbinde an, welche jedoch bald wieder muss entfernt werden, da leicht eine Resorption von Wundsecreten oder von Jodoformstaub in Folge des starken Druckes eintreten könnte.

Bei Wunden, welche per primam heilen sollen, muss in erster Linie die Blutung sehr genau gestillt werden. Die Jodoformbestreuung darf hier nur eine sehr dünne sein, muss aber ebenfalls alle Theile, Knochenfläche, Markhöhle, Unterseite des Hautlappens etc. betreffen. Trotz des Vertrauens auf das J. darf die Drainage nicht verlassen werden, da sie hier gerade wie beim *Lister* nothwendig ist.

Da das J. in der Wunde selbst jede Zersetzung hintanhält, so hat der Deckverband bei der Jodoformbehandlung nur den Zweck, die Wundsecrete zu absorbiren und temporär zu fixiren. Die Verbandstoffe brauchen also nicht selbst antiseptisch zu sein, wenn sie nur genügend aufsaugen und fixiren. Hinreichend hydrophile, aber reine Stoffe, wie Charpiewatte, Gaze, Jute, Charpie etc., genügen daher vollständig. Das rasche Durchschlagen muss aber durch impermeable Stoffe, Makintosh, Pergament-, Guttaperchapapier verhindert werden. Das Auflegen eines classischen *Lister*-Verbandes über eine jodoformirte Wunde, wie es von einzelnen Chirurgen empfohlen wurde, ist zwecklos, unnöthig und

macht den einzelnen Verband sehr theuer. *v. M.* benützte zuerst als Deckverband blos eine dicke Lage entfetteter Watte; jetzt schaltet er, um Secretverhaltungen durch Antrocknen der Watte zu verhüten, zwischen Wunde und Wattelage einige Schichten Jodoformgaze ein. Um den Verband möglichst dauerhaft zu machen, muss die Wattelage mindestens zwei Fingerbreiten dick sein und allseits die Wunde weit überragen. Darüber kommt ein noch grösseres Stück impermeablen Stoffes und das Ganze wird mässig fest mit einer Binde, am besten mit feuchten Organsinbinden fixirt. Der weitreichende impermeable Stoff hat unter anderem auch den Zweck, den Jodoformgeruch hintanzuhalten. Den verschiedenen Desodorisirungsmitteln des J. ist *v. M.* nicht besonders grün. Die äther. Oele ballen das Jodoformpulver und verhindern eine feine Pulverisirung und Beimengungen von Gyps, Theer, Kohle etc. sind selbstverständlich für Wunden nicht anwendbar. Auch die Toncabohne und das Cumarin lässt *v. M.* als nicht ganz genügend weg und benützt nur reines Jodoform, an dessen Geruch man sich schliesslich so gut wie an den des Carbol gewöhnt.

Ein Wechsel des Verbandes ist absolut indicirt durch Eintritt von Fieber, Secretverhaltung und Nachblutung, während Schmerzen und einfaches Durchschlagen nicht geradezu zum Wechseln nöthigen. Da das Antisepticum in der Wunde selbst enthalten ist und nicht in den Verbandstoffen allein, so hört es trotz des Durchschlagens des Verbandes nicht auf, wirksam zu sein. Das Durchtreten der Wundsecrete hat daher hier lange nicht dieselbe Bedeutung wie beim *Lister*'schen Verbande. Nie soll also der Verband ohne Noth gewechselt werden.

Fieber tritt beim Jodoformverbande in der Regel nicht auf, oder doch nur in den ersten Tagen als sogen. aseptisches Fieber wie auch beim *Lister*. Länger andauerndes Fieber nöthigt dagegen zum Nachsehen und Wechseln. Ein Ab- und Ausspülen der Wunde beim Verbandwechsel ist wie erwähnt unnöthig, einfaches zartes Abtupfen mit Watte genügt. Ist noch genügend J. in und auf der Wunde, so wird auch kein neues J. aufgestreut, was natürlich den Verband auch wieder billiger gestaltet. Verstopfte Drains müssen gereinigt, eventuell entfernt werden. Gegen Erythem und Eczem um die Wunde empfiehlt sich Borsalbe oder Vaseline.

An jodoformirten Wunden fehlen ausnahmslos die Zeichen der Entzündung, der Verlauf ist im Ganzen ein schmerzloser und die Granulationsbildung wird durch das J. wie durch kein anderes Mittel gefördert. Ist die Wunde von den Granulationen ausgefüllt, so empfiehlt es sich, das J. wegzulassen und mit Arg. nitr.-Salbe zu verbinden oder die granulirende Fläche mit pulverisirtem Plumb. subnitr. zu bestreuen. Dieses Bleisalz schmerzt weniger und befördert die Vernarbung rascher als das Arg. nitr.

Die Wundsecretion ist unter dem Jodoformverband nur dann eine eitrige, wenn fungöse Granulationen sich in der Wunde befinden. Bei frischen Wunden ist das Secret mehr ein schleimig-seröses, mit Jodoformpartikeln vermischtes.

Sepsis sah *v. M.* nie an jodoformirten Wunden auftreten; diese zeigten keinerlei Reaction, selbst wenn anderweitige septische Herde im Körper vorhanden waren. In Fällen von Pyæmie kann vom J. natürlich nur so lange eine Wirkung erwartet werden, als Metastasen fehlen und sich der primäre Herd gründlich entfernen lässt. Erysipel tritt selten auf (nach Anderen eher häufiger) und ist stets Folge von Secretverhaltung.

Nach *Rhigini* soll das J. sich auch im Fruchtwasser trächtiger Thiere nachweisen lassen. *Gussenbauer* fand jedoch im Placentarblute keine Spur von Jod und glaubt daher, dass auch bei Schwangern die Jodoformbehandlung ohne alle Gefahr für die Frucht könne durchgeführt werden.

Im Gegensatz zu den Alcalisalzen der Jodwasserstoffsäure soll sowohl bei innerlichem als äusserlichem Gebrauch des Jodoforms keinerlei Abmagerung sich einstellen, im Gegentheil sogar eine Zunahme des Fettpolsters und eine Hebung der allgemeinen Ernährung zu beobachten sein.

Beim Jodoformverbande sind bis jetzt (NB. abgesehen von den später zu erwähnenden Fällen von *Schede*) 4 Vergiftungsfälle mit lethalem Ausgang vorgekommen, 2 in Wien (*Billroth*) und 2 in Breslau. Jedesmal waren grosse Mengen von Jodoform, bis zu 200 grmm., in die Wunden gebracht worden, theilweise sogar unter starkem Drucke. *v. M.* verwendet nie mehr als 60—70 grmm. (bei Kindern 20—40 grmm.) und verwahrt sich ausdrücklich gegenüber *Mikulicz* gegen den Vorwurf, die Anwendung grösserer Men-

gen empfohlen zu haben. Einen Todesfall unter meningealen Erscheinungen, am 21. Tage nach Jodoformirung einer allerdings sehr grossen Wundhöhle, schreibt *v. M.* nicht einer Jodoformvergiftung zu, da sich bei der Section nach seiner Ansicht zur Erklärung ausreichende palpable Veränderungen vorfanden, beträchtliche Trübung und Verdickung der Arachnoidea convex. cerebri und seröse Durchtränkung des Gehirnes. (?)

Die grosse Bedeutung des J. für die chirurgische Praxis beruht nach *v. M.* vor Allem in folgenden vier Eigenschaften:

1) seiner ausgezeichneten, unfehlbaren antiseptischen Potenz;

2) seinem specifisch antituberculösen und antifungösen Einfluss;

3) seiner bewährten, ohne Gewebsreizung sich äussernden resorptionsbefördernden Wirkung;

4) seiner schmerzstillenden Eigenschaft.

Ad 1) Das Jodoform ist vermöge seiner andauernd antiseptischen Wirkung sicherer als das flüchtige Phenol und wird von allen Geweben des Körpers gut ertragen, wie Operationen an Pleura und Peritoneum beweisen, welche unter Jodoformverband günstig verliefen. Es verdient, wegen der Einfachheit und Dauerhaftigkeit, daher auch Billigkeit der Verbände das J. die ausgedehnteste Anwendung bei allen Wunden, auch bei schon septisch inficirten *(Mikulicz)* und wird das Antisepticum par excellence der Kriegspraxis darstellen *(Podrazky)*. Insbesondere eignet sich das Jodoform *(Wölfler)* für die bisher kaum aseptisch zu haltenden Wunden in der Nähe und an den natürlichen Körperöffnungen. Nach *Roux* soll es auch bei Tracheotomiewunden bei Diphtherie vorzüglich wirken und die Ausdehnung des Processes auf die Grundflächen verhindern (nach *Falkson* dagegen nicht). Auf Schleimhäute hat das J. keine schädliche Wirkung. *Beetz* (Berl. klin. Woch. Nr. 2, 1882) rühmt sehr die Behandlung tuberculöser Larynxgeschwüre mittelst Einblasung von fein pulverisirtem Jodoform nach vorheriger Reinigung der Geschwürsflächen durch Inhalationen. Auch bei Ozaena *(Höftmann)* sollen Schnupfpulver von J. 1 : 10 Acid. tannic. oder Alum. ust. (?) sehr günstig wirken.

Ad 2) Auf Grund seiner fortgesetzten Versuche ist *v. M.* zur sicheren Ueberzeugung gelangt, welche auch von Anderen bestätigt wird, dass unter dem Einflusse des Jodoformpulvers die tuberculösen Granulationen auch ohne vorherige Auskratzung aus der Wunde verschwinden und einem gesunden, vernarbenden Gewebe Platz machen. Besonders überzeugend ist der berühmt gewordene Fall von Heilung einer offenen fungösen Gonitis mit vollständiger Wiederherstellung der Function des Gelenkes, ferner die unter Jodoformverband ohne Bildung eines Pyopneumothorax verheilte Eröffnung der Pleurahöhle bei Gelegenheit der Resection einer cariösen Rippe, die rasche Heilung einer ausgedehnten fungösen Tendovaginitis am Fussrücken etc.

Alle diese Fälle bringen *v. M.* auch zu der Annahme einer gewissen „Fernwirkung" des J. auf Fungositäten, welche nicht direct unter dem Einflusse des Mittels gestanden hatten, resp. von ihm waren berührt worden, immerhin aber doch in derselben Wundhöhle vorhanden gewesen waren.

Von einer Allgemeinwirkung des Jodoforms auf den tuberculösen Process überhaupt ist noch nichts Sicheres bekannt, doch will *v. M.* auch einen günstigen Einfluss auf das Allgemeinbefinden bei seinen mit Lungentuberculose behafteten chirurg. Patienten beobachtet haben.

Die fungöse Caries darf man nicht erwarten, ähnlich wie Fungositäten der Weichtheile durch blosse Jodoformapplication auszuheilen, weil die Wucherungen im Knochen versteckt und eingeschlossen, daher vom blos äusserlich applicirten J. nicht beeinflusst werden. Der kranke Knochen muss also stets entfernt werden.

Bezüglich der localen Recidive hat nach *v. M.* das Zurückbleiben von Fungositäten der Weichtheile keine Bedeutung, wohl aber im höchsten Grade das Zurücklassen fungöser Herde im Knochen. Von Weichtheilen ausgehende Fistelgänge heilen daher leicht durch Einführung von Jodoformstäbchen, solche, die von Knochenfungositäten ausgehen, dagegen nicht, welcher Unterschied sogar diagnostisch verwerthbar ist.

Ad 3) Da das Jodoform sehr geringe allgemeine Wirkungen erzeugt, weniger als alle andern Jodpräparate, so darf es als ein kräftiges und zugleich unschädliches Resorbens bezeichnet werden. *v. M.* wendet das J. daher (als 50proc. Jodoformglycerinemulsion) mit gutem Erfolge zu parench. Injectionen bei Struma an.

Ad 4) Bei allen seinen Operationen und Verbänden beobachtete *v. M.* nur sehr geringe oder gar keine Schmerzen im Verlaufe der Heilung.

Das Résumé des Verf. über den Jodoformverband lautet in Kürze:

1) Der Jodoformverband ist ein Specificum gegen tuberculöse Processe. Die Fungositäten schmelzen in Form eines dicken crèmeartigen Eiters dahin. Die Wirkung ist sicherer, wenn das J. mit den tuberculösen Granulationen direct in Berührung kommt, doch ist auch eine deutliche Fernwirkung wahrzunehmen.

2) Fungöse Wucherungen sind, wenn immer möglich, zu entfernen oder doch bloszulegen, um die Heilungsdauer abzukürzen. Entschieden müssen jedenfalls Knochenfungositäten entfernt werden. Noch vorhandene Wucherungen unterhalten eine eitrige Secretion unter dem Jodoformverbande, während sonst das Secret schleimig-serös bleibt.

Dr. *A. W. Münch.*

(Fortsetzung folgt.)

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 26. Februar bis 10. März 1882.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Von Varicellen sind 3, von Rötheln 1 Fall angezeigt.

Von Scharlach sind 17 Erkrankungen gemeldet (29, 26, 23), zerstreut über die Stadt.

Typhus 4 neue Fälle (3, 5, 2), wovon 3 in Kleinbasel; Gesammtzahl der Anmeldungen vom 11. Januar bis 10. März: 14 gegen 387 im gleichen Zeitraume des Jahres 1881.

Von Diphtherie und Croup sind 17 Erkrankungen angezeigt (25, 42, 10), wovon 15 in Grossbasel.

Erysipelas 7 Fälle (10, 18, 8), wovon 6 in Grossbasel.

Parotitis 6 Fälle (14, 16).

Puerperalfieber 4 Erkrankungen.

Bibliographisches.

1) *Maschka*, Dr. *J.*, Handbuch der gerichtl. Medicin II. Bd. „Die Vergiftungen“ enth. mit Farbentafel. 794 S. Tübingen, 1882, Laupp'sche Buchh. Preis Fr. 20.
2) *Cuénod, Victor*, Etude du résultat définitif dans la cure radicale des hernies. Inaug.-Dissert. 8°. 66 S. Lausanne, Georges Bridel.
3) *Sammlung klinischer Vorträge.* Leipzig, Breitkopf & Härtel.
   Nr. 207, *Fürbringer, P.*, Ueber Spermatorrhœ und Prostatorrhœ.
   Nr. 208, *Lang, Ed.*, Ueber Psoriasis (Schuppenflechte).
   Nr. 209, *Gerhardt, C.*, Ueber einige Angioneurosen.
4) *Hoffmann, Alb.*, Klinische Beobachtungen über die Wirkung der Condurangorinde bei Carcinom. 8°. 55 S. Inaug.-Dissert. Basel.
5) *Wiener Klinik* VII, 12. Heft. Wien, Urban & Schwarzenberg. Inhalt: Dr. *M. Heiller: Josef Skoda.*
6) *Marcus*, Dr. *E.*, Festrede zur Feier d. 50jähr. Doctorjubil. d. Geh. San.-R. Dr. med. *Georg Varrentrapp* am 24. Nov. 1881. 16 S. 8°. Frankfurt a. M.
7) *Marcus*, Dr. *E.*, Kleinere Mittheilungen: Durchbohrung des Darmes durch Rundwürmer. 8°. 6 S. Frankfurt. Separatabdr. a. d. Deutschen Archiv für klinische Medicin, 29. Bd.
8) *Eklund*, Dr. *A. Fr.*, Contribution à la géographie médicale. La nouvelle caserne des recrues de Skeppsholm au point de vue hygiénique.
9) *Hueter*, Dr. *C.*, Grundriss der Chirurgie. II. Hälfte, specieller Theil, 3. Schlusslieferung. Extremitäten. Mit 84 Abbildungen. 8°. Leipzig, F. C. W. Vogel. Preis Fr. 13. 35.
10) *Zeitschrift f. Heilkunde*, II. Bd., 4. und 5. Heft. Prag, F. Tempsky.
11) *Wiener Klinik* 1882, 1. Heft. Wien, Urban & Schwarzenberg. Inh.: *Mikulicz*, Dr. *Joh.*, Die Verwendung des Jodoforms in der Chirurgie. 8°. 39 S.

Briefkasten.

☞ *Bitte an die Herren Abonnenten!* **Die Expedition des Corr.-Bl. steht im Begriffe, die Adressen neu drucken zu lassen, unter denen das Blatt jeweilen versandt wird. Wir ersuchen daher diejenigen Herren, deren Adressen in Folge von Domicilwechsel oder aus anderem Grunde einer Aenderung bedürfen, dieselben behufs Richtigstellung der Expedition des Corr.-Bl. mittheilen zu wollen.**

Herrn Dr. *v. Mandach* jun., Schaffhausen: Besten Dank. — Herrn Dr. *A. Lutz*, Rua da Princeza Imperial Nr. 33, Rio de Janeiro: Unsern besten Dank für die sehr interessante Correspondenz. Weitere Mitarbeit bleibt uns immer willkommen. Es freut uns, wenn unser Blatt den Collegen in der Ferne ein Bindeglied ist, das sie mit der Heimath eint. Herzl. Gruss. — Herrn Dr. *X.* in Y.: Sie schreiben uns, dass Herr *G.*, Apotheker und Agent in R., in unserm Blatte, wie auch in der politischen Tagespresse unter falschen Angaben Häuser zum Verkaufe anbietet und z. B. auch in Ihrem Wohnorte ein Heimwesen anpreist mit der Begründung, 1) der Ort zähle 4000 Einwohner, während er in Wirklichkeit nur 2500 hat, 2) der eine dort practicirende Arzt sei alt und invalid, während er noch in vollster und fruchtbarster Thätigkeit steht, 3) Sie zögen weg, weil Sie Ihren guten Ruf durch schlechte Curen ruinirt hätten, während Sie in Wirklichkeit nie an den Wegzug dachten und sich eines immer mehr zunehmenden Zutrauens erfreuen. Wir können natürlich in der Sache nichts thun; rücken Sie diesem Agenten auf den Leib! Sie können ihn ja leicht wegen Schädigung an Ruf und Ehre durch verleumderische Angaben vor Gericht belangen.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die zweisp. Zeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N° 7. XII. Jahrg. 1882. 1. April.

Original-Arbeiten.

Ein Beitrag zur Lehre vom Husten.

Von Dr. **H. Schnyder** (Bad Weissenburg).

Klinische Beobachtung und experimentelle Untersuchungen haben zusammen die Lehre vom Husten dahin gefördert, dass der Standpunct, welchen dieselbe heute allgemein einnimmt, sich in folgenden zwei Sätzen resumiren lässt: 1) Als Hustencentrum, in welchem der Husten als Reflexerscheinung eines dahin gelangten Reizes ausgelöst wird, darf mit grosser Wahrscheinlichkeit diejenige Stelle der Medulla oblongata bezeichnet werden, welche die Ursprungsfasern des Vagus enthält *(Kohts)*. 2) Ist das Vorkommen eines Kehlkopf-, Tracheal-, Bronchial- und Bronchiolen- sowie eines Ohrenhustens endgültig erwiesen, die Existenz eines centralen wahrscheinlich, die eines Magen-, Leber-, Darm- und Herzbeutelhustens möglich, aber keineswegs feststehend, die Annahme aber eines Pleurahustens mit annähernder Sicherheit und die eines Rachenhustens absolut auszuschliessen *(Beschorner)*. Es muss beigefügt werden, dass Andere *(Mayer* und *Tribram*, *Henoch)* für die Annahme eines in Folge von Magendarmaffectionen vorkommenden Hustens sich viel positiver aussprechen.

Wenn es als selbstverständlich gelten kann, dass Reize, welche absichtlich oder zufällig eine der eminenten Hustenstellen der Luftwege selbst (Interarytænoidalraum, Pars fibrosa und Bifurcationsstelle der Trachea) treffen, Hustenstösse hervorrufen, so darf es dagegen fraglich erscheinen, ob denn in der That bei ganz normalem Befinden der Luftwege eine Magen-, Leber- oder Darmaffection so ohne Weiteres einen Magen-, Leber- oder Darmhusten auszulösen im Stande sein wird, oder mit andern Worten, ob die Diagnose z. B. eines Magenhustens in Beziehung auf den Zustand der Athmungsorgane wirklich volle Beruhigung gewähren darf. *Störk* sagt allerdings, dass Husten „ohne materielle Grundlage, bei ganz normaler Beschaffenheit der Luftwege“, häufig bei Hysterischen beobachtet werde, auch ist

bekannt, dass es Leute gibt, die husten müssen, wenn sie sich an den Fusssohlen, andere, wenn sie sich am Scheitel kitzeln. Allein wer dürfte denn seiner Sache immer so absolut sicher sein, um durch einen negativen Befund bei einem eigentlichen Huster sich zu dem Ausspruche berechtigt zu fühlen, es sei nun auch wirklich keine pathologische Affection der Athmungsorgane vorhanden! Ein sogen. negativer Befund und thatsächliches Intactsein der Lungen sind zwei Begriffe, die sich leider nicht immer decken, daher der Vorsichtige und Erfahrene, der bei einem Huster oder angehenden Hæmoptoiker „nichts findet“, weit entfernt, sich und seinen Kranken mit dem anfänglich negativen Ergebnisse der Untersuchung zu beruhigen, doppelt vorsichtig verfahren und überhaupt Diagnosen von Magenhusten, von nervösem oder hysterischem Husten nur mit Misstrauen entgegen nehmen wird. Meinerseits bin ich der Ansicht geworden, dass ein Magen- oder Darm-, sowie sog. hysterischer oder nervöser Husten wohl nur höchst selten vorkommt, ohne dass mit der Magen- oder Darmaffection, beziehungsweise mit Hysterie oder Nervosität simultan irgend ein, wenn auch noch so geringfügig scheinender, chronischer Krankheitsprocess in den Athmungsorganen selbst sich abspielen würde. Es darf vielleicht angenommen werden, dass in solchen Fällen das Hustencentrum gleichsam von Hause aus in einen Zustand grösserer Irritabilität oder Empfänglichkeit versetzt sich befinde. Unter dieser Voraussetzung würde es verständlich, wie Reize, welche der Medulla durch andere als gerade durch die in die Respirationsorgane eingesenkten Vagusfasern, also mittelst der Fasern der Pars abdominalis, oder durch den Sympathicus, das heisst vom Magen, von der Leber oder dem Intestinaltractus und von den Ovarien her zugeleitet werden, daselbst als Husten ausgelöst werden können.

Nach diesen Vorbemerkungen gehe ich zur Mittheilung zweier Fälle, beide Frauen betreffend, über, in denen beiden gleichzeitig eine chronische Lungenaffection und Geschwulstbildung im Gebiete der Sexualorgane mitspielen.

I. Frau H. kam im Sommer 1879 zum ersten Male nach Weissenburg. Sie war damals 37 Jahre alt und hatte 15 Jahre zuvor geboren. Seit sehr langer Zeit litt sie an Uterinbeschwerden, fing dann auch zu husten an und bekam oft etwas Blutspeien, namentlich zur Menstruationszeit. Grund der Unterleibsbeschwerden — mehr oder weniger permanente Schmerzhaftigkeit, Schmerzen beim Gehen, Dysmenorrhœ — war eine Uterusgeschwulst und chronische Perioophoritis. Husten und Hæmoptoë schienen durch eine schleichend aufgetretene chronisch-pneumonische Affection des linken Apex bedingt zu sein und deshalb wurde die Kranke nach Bad Weissenburg geschickt.

Frau H. ist von etwas zarter Constitution, doch hereditär nicht belastet; Abmagerung mässig. Die Kranke fieberte selten, hustete aber schrecklich viel und litt an kurzem Athem. Der Husten war ein zweifacher: ein gewöhnlicher, mässiger Husten, mit etwas Auswurf, dem zeitweise Blut beigemischt war; das war der Husten, der sich gewöhnlich in der Frühe einstellte. Der andere Husten war ein kurzes, trockenes, den ganzen Tag über anhaltendes Hüsteln, welches die Kranke sowie deren Umgebung unablässig belästigte. Dieses Hüsteln war zur Menstruationszeit besonders quälend, oder auch nachdem die Kranke beim Gehen sich etwas ermüdet und dadurch die Unterleibsschmerzen in stärkerem Maasse angeregt hatte.

Der Erfolg der Weissenburgkur war insofern ein sehr befriedigender, als schliesslich das Allgemeinbefinden besser war, die Dämpfung über der linken Spitze sich bedeutend aufgehellt hatte und das Athemholen leichter ging. Das kurze, permanent sich wiederholende Hüsteln dagegen war dasselbe geblieben. Ein Winteraufenthalt in Pegli änderte wenig an diesem Ergebnisse, namentlich verminderte sich dort das lästige Hüsteln nicht.

Eine zweite Kur in Weissenburg im Sommer 1880 regte weitere Fortschritte im Rückgange des Lungenleidens an, so dass gegen Ende des Sommers über dem linken Apex nur noch ein sehr geringer Grad von Dämpfung mit vermindertem Respirium nachgewiesen werden konnten; blutiger Auswurf zeigte sich nur noch selten und nur noch etwa zur Zeit der Menstruation. Das kurze Hüsteln aber war geblieben, sowie im Laufe der Zeit auch die Unterleibsbeschwerden und damit die Schmerzen beim Gehen noch zugenommen hatten. Das Uterusfibroid mochte die Grösse einer starken Faust erreicht haben.

Es schien nun keinem Zweifel mehr zu unterliegen, dass das Hüsteln hauptsächlich durch die vom Uterusleiden ausgehenden Reize ausgelöst wurde und letzteres somit von schlimmer Rückwirkung auf die Lungenaffection sein musste. Ganz abgesehen davon, dass der chronische Huster überhaupt leicht zum Schwindsuchtscandidaten wird, so wiesen die früher regelmässig, jetzt (seit dem zweimaligen Gebrauche Weissenburgs) allerdings nur selten noch während des Menstrualflusses sich einstellenden blutigen Sputa nur zu deutlich auf jenen schlimmen Einfluss hin. Ich rieth daher der Kranken, sich operiren zu lassen und wies sie zu diesem Zwecke schliesslich an Herrn Prof. *Hegar* in Freiburg i. B.

Die Operation wurde den 14. November 1880 ausgeführt. Herr Prof. *Hegar* schrieb mir darüber: „Bei Frau H. bestund ein Fibroid des Uterus von der Grösse eines Kindskopfes. Ausserdem waren beide Ovarien wenig mobil in Folge von Perioophoritis und das rechte Sitz eines beständigen Schmerzes. Bloss die beiden Eierstöcke wurden entfernt. Die Geschwulst des Uterus hat sich darauf, wie fast stets, sehr erheblich und in kurzer Zeit spontan verkleinert.“

Das für uns Interessanteste aber ist, dass mit der Entfernung der Ovarien das so qualvolle kurze Hüsteln gänzlich aufhörte und sich bis anhin nicht wieder eingestellt hat, sowie auch das Blutspeien so wenig als die Menstruation sich seitdem je wieder gezeigt haben.

Frau H. kam im Sommer 1881 nochmals nach Weissenburg. Während vollen zwei Monaten nach der Operation hatte sie überhaupt jeglichen Husten verloren gehabt; dann hatte sich aber über den Winter der gewöhnliche mässige Husten mit Schleimauswurf wieder eingestellt. Objectiv war über der linken Lungenspitze ausser vermindertem Respirationsgeräusch nichts mehr zu finden. Dagegen litt die Kranke noch an Schmerzen in der rechten Inguinalgegend, wodurch das Gehen immer noch beeinträchtigt war; sie schlief schlecht, hatte Nachtschweisse und war appetitlos.

Einem mir im Januar 1882 zugekommenen Berichte der Kranken entnehme ich, dass das Hüsteln dauernd weggeblieben ist und sie überhaupt den Tag über nur wenig hustet, dagegen früh Morgens noch ziemlich viel schleimigen Auswurf hat. Das Allgemeinbefinden sei bedeutend besser geworden, auch sei sie kräftiger und wohl aussehend.

II. Frau C., 39 Jahre alt, gut constituirt und von blühendem Aussehen. Grossmutter und ein Bruder sind phthisisch gestorben. Sie selbst hustet seit Jahren. Vor 5 Jahren wurde eine rechtseitige Spitzenaffection constatirt und seitdem gebrauchte die Hustende verschiedene Brunnenkuren in Ems und Heustrich, leider ohne Erfolg. Im Sommer 1880 wurde sie nach Weissenburg geschickt. Es war RO, hinten und vorn deutliche Dämpfung mit rauhem Athmen vorhanden, aber auch sonst war im Allgemeinen das Respirium sehr unrein und saccadirt. Dabei hüstelte Frau C. unablässig den ganzen Tag über, sich und ihrer Umgebung zur Qual, und kam beim Gehen sehr leicht ausser Athem; Auswurf war keiner vorhanden. Die übrigen Körperfunctionen waren in bester Ordnung, auch die Menstruation trat regelmässig ein, freilich nicht schmerzlos, auch litt die Kranke an etwas Fluor albus. Concipirt hatte sie nie. Bemerkenswerth ist, dass früher mit Eintritt des Monatsflusses das Hüsteln plötzlich aufhörte, was nun aber schon seit lange nicht mehr der Fall war.

Frau C. verliess Weissenburg nach fünfwöchentlichem Kurgebrauche wesentlich gebessert. Die Dämpfung über der rechten Spitze hatte sich vermindert, das Respirium war überall weicher geworden und es waren weniger Saccaden zu zählen. Entsprechend hatte sich auch das Hüsteln sehr vermindert und war der Patientin das Steigen leichter. Ich rieth ihr, den Winter im Süden zuzubringen, was sie auch that.

Die durch die Weissenburgkur herbeigeführte Besserung hielt denn auch mit wenig Unterbrechungen den ganzen Winter über an. Erst im Juni 1881, nach anstrengenden Haushaltungsarbeiten erwachte das Hüsteln wieder in früherer Frequenz und Stärke und dazu stellten sich auch fast allnächtlich asthmatische Beschwerden ein.

Die Kranke kam den 7. August 1881 zum zweiten Male nach Weissenburg. Die Dämpfung RHO war nur noch in sehr vermindertem Grade vorhanden und RVO war der Percussionston tympanitisch-sonor geworden; RHO war das Athmen noch etwas rauh mit verlängerter Exspiration, das Respirium im Allgemeinen aber reiner und weniger saccadirt als voriges Jahr. Trotz dieses scheinbar günstigern Befundes war das Hüsteln wieder ebenso quälend wie im Vorjahre und überdies wurde, wie schon gesagt, die Nachtruhe durch häufig eintretende asthmatische Anfälle gestört; auch sonst fühlte sich die Kranke beengter als früher. Die Menstruation trat immer mit gewohnter Regelmässigkeit ein, aber auch mit den alten Schmerzen; Fluor albus weniger als früher; Unterleibsbeschwerden waren andere als die besagten dismenorrhoischen nie vorhanden.

Zufälligerweise beobachtete ich die Kranke einmal während sie Klavier spielte; sie hörte dabei gänzlich zu hüsteln auf, wie das bei sog. hysterischem Husten gewöhnlich geschieht, wenn die Aufmerksamkeit der Patientin irgendwie von sich abgelenkt wird. Dieser Umstand, sowie die neu hinzu getretenen asthmatischen Anfälle und die grosse Aehnlichkeit des Hüstelns mit dem der Frau H. führten mich auf die Vermuthung, es dürfte wohl der Grund desselben sowie des Asthmas in der Sexualsphäre gesucht werden müssen. Ich drang auf eine Untersuchung und fand eine Geschwulstmasse vor, welche höckerig einige Querfinger breit über die Symphyse empor ragte, die kleine Beckenhöhle hochgradig beengte, vollständig unbeweglich sass, wenig Empfindlichkeit zeigte und in die wahrscheinlich Uterus und Ovarien mit eingeschlossen sich befinden. Niemals war es einem ihrer Aerzte eingefallen, Frau C. von dieser Seite her zu untersuchen, was ich nur als Beweis dafür anführe, wie wenig die vorhandenen, quasi in die Breite des Gewöhnlichen fallenden Menstrualbeschwerden dazu aufgefordert hatten. Die Kranke selbst hatte keine Ahnung von dem Vorhandensein einer solchen Geschwulst gehabt, und ich war im Vorjahre um so weniger auf den Gedanken gekommen, es könnte vielleicht eine Utero-Ovarialaffection dem Hüsteln den eigenthümlichen Charakter geben, als eben dieses Hüsteln mit dem Aufhellen der Verdichtung RO und dem Besserwerden des allgemeinen chronischen Bronchiolencatarrhs ebenfalls erheblich abgenommen hatte. Immerhin liegt es im Bereiche der Möglichkeit, dass damals auch das chronische Uterusleiden und dadurch das „nervöse" Hüsteln eine günstige Modification erfahren hatte, denn es kommt oft genug vor, dass im Verlaufe einer Weissenburgkur chronische Uterusinfarcte zur Rückbildung gelangen.

Wahrscheinlich waren es jene häuslichen Anstrengungen im Juni gewesen, welche im Bereiche der Utero-Ovarialgeschwulst einen vermehrten, wenn auch unbeobachtet gebliebenen Reizzustand herbeigeführt hatten, und muss wohl hierin die Ursache dafür gesucht werden, dass seit damals das Hüsteln wieder quälender geworden und dazu noch asthmatische Beschwerden sich gesellt hatten, indess doch auf Seite der Athmungsorgane keine nachweisbare Verschlimmerung eingetreten war.

Der Erfolg der dermaligen Weissenburgkur beschränkte sich darauf, dass die asthmatischen Beschwerden sich gänzlich verloren und die Kranke wenigstens wieder gute Nächte hatte; das nervöse Tageshüsteln dagegen blieb dasselbe wie zuvor.

Während im Falle H. der chirurgische Eingriff gleichsam als Hauptprobe meine Vermuthung, es möchte jenes qualvolle Hüsteln durch ein Leiden der Sexualorgane ausgelöst werden, im vollsten Maasse bestätigte, wird es im Falle C. weder geschehen dürfen, noch geschehen können, dass dieser nervöse Husten operativ in Angriff genommen werde.

Epicritisch bemerke ich nur, dass durch die zwei mitgetheilten Fälle das Vorkommen eines Ovarialhustens wohl ausser Zweifel gestellt ist. Meinem Dafürhalten nach kommt aber Ovarialhusten nur vor, wenn mit der chronischen Ovarialaffection simultan auch ein Leiden der Respirationsorgane mit im Spiele ist

und dadurch eine Disposition zum Husten überhaupt schon gegeben ist. Bei beiden Frauen hatte der Husten alle Merkmale des hysterischen, und werden vielleicht weitere Beobachtungen lehren, dass dem hysterischen Husten wohl meistens eine Ovarialerkrankung zu Grunde liegt, so dass denn auch dessen Therapie unter Umständen wie bei Frau H. wenigstens theilweise dem Messer des Chirurgen anheimfallen kann.

Vereinsberichte.

Ordentliche Sommerversammlung der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft des Cantons Bern.

Samstag, den 16. Juli 1881, im Löwen zu Münsingen.

Präsident: Prof. *Kocher*, Secretär: Prof. *Pflüger*.

Anwesend 38 Mitglieder, als Ehrengäste Dr. *Lohner* aus Thun und Architect *Tièche* aus Bern.

Nach einem kurzen Rückblick des Präsidenten, in welchem er des Todes der beiden Collegen *von Grünigen* und *Howald* gedenkt und nach Anhörung des Berichtes der Herren Rechnungspassatoren, Dr. *Lanz* Vater von Biel und Dr. *A. Wyttenbach* von Bern werden die wissenschaftlichen Verhandlungen eröffnet.

I. Vortrag von Prof. Dr. *Lichtheim*: Geeignete Kost für Kranke, welche an chronischer Nephritis leiden. Er geht davon aus, dass diesen Kranken meist ein ungewöhnlich reiches Eiweissregime vorgeschrieben wird, um die durch den Harn abgeführten Eiweissstoffe zu ersetzen. Die Gefahren, welche den Kranken aus dieser Störung drohen, sind aber für die Mehrzahl der chronischen Fälle wenigstens viel geringer als diejenigen, welche aus der Störung der Filtration der Nieren als hauptsächlichem Ausscheidungsorgan der stickstoffhaltigen Stoffwechselschlacke resultiren. Diese Störung wird lange Zeit dadurch compensirt, dass durch die eintretende Blutdrucksteigerung und Herzhypertrophie auch unter ungünstigen Umständen die volle Ausscheidung der gesammten stickstoffhaltigen Umsatzproducte ermöglicht wird. Unter diesen Umständen muss es unzweckmässig erscheinen, diesen Compensationsmechanismus auf eine zu harte Probe zu stellen und die Menge der abzuscheidenden stickstoffhaltigen Umsatzproducte durch Darreichung einer übermässigen stickstoffhaltigen Kost zu steigern. Die Folge eines solchen Verfahrens muss die sein, dass bei hoher Steigerung des arteriellen Druckes der Herzmuskel mehr oder minder rasch nachgibt und eine Dehnung des Herzens, d. h. ein neues Hinderniss für den Kreislauf erzielt wird.

Bei Darreichung stickstoffarmer Kost schwindet nach den Erfahrungen des Vortragenden sehr häufig das Asthma des Nierenkranken, der dasselbe nicht für eine urämische Erscheinung, sondern für eine Folge der insufficienten Herzleistung analog dem Asthma der Herzkranken anzusehen geneigt ist.

II. Vortrag von Prof. *K. Schærer*: Ueber den Stand der Neubauangelegenheit für Geisteskranke, Erweiterung der Irrenpflege.

Der Referent setzt die Kenntniss der Nothlage der Irrenpflege, laut welcher nur circa der dritte Theil der cantonsangehörigen Geisteskranken in der Waldau

und deren Filiale untergebracht werden kann, als bekannt voraus und geht gleich auf die Mittel der Abhülfe ein. Ein Neubau mit gesonderten Gebäulichkeiten für die grössern Krankenabtheilungen, in Verbindung mit Colonialverpflegung für ruhige und arbeitsame Kranke wird als Grundplan auseinander gesetzt. Eine Menge von Plänen schweizerischer, deutscher und französischer Musteranstalten wird vorgelegt, um die zweckmässigsten Baueinrichtungen zu veranschaulichen.

Als unbedingt bester und billigster Bauplatz wird das zum Zweck der Erweiterung der Irrenpflege angekaufte Schlossgut von Münsingen genannt. Mildes Clima, gesunde Lage mit prachtvoller Aussicht auf die ganze Kette der Berneralpen und das freundliche Gelände von Münsingen, südöstliche Exposition der Gebäude, günstiger Baugrund, reichliches Quellwasser, leichte Zu- und Vonfahrt mit Anschluss an die Eisenbahn, centrale Situation im Cantonsgebiet zwischen Jura und Alpen, abgeschlossen, durch fremde Bauten nicht zu beeinträchtigendes Terrain und dabei doch die Nähe der Hauptstadt, welche in einer halben Stunde per Eisenbahn zu erreichen ist, dies Alles sind Vortheile, wie sie nur selten für die Baustelle eines Irrenasyls bei einander getroffen werden. Dazu kommt noch, dass alle Bedingungen zu einem beliebig grossen agricolen Betrieb, wie ihn unsere Landes-Irrenanstalt nöthig hat, vorhanden sind. Neben einem hinlänglichen Complex leicht zu bebauenden Landes sind 13 im besten Zustand sich befindende Oeconomiegebäude auf der Domaine und das Schloss selbst ist sehr geeignet für die Wohnung und das Bureau des Verwalters. Eine Expertencommission, bestehend aus den Herren Prof. *Kramer* in Marburg, Director *Schaufelbühl* in Königsfelden und Oberst *Wolf* in Zürich hat auch in einem ausführlichen Gutachten ein sehr günstiges Urtheil über die Wahl dieses Bauplatzes für eine Irrenanstalt abgegeben.

Gegen eine Erweiterung der Waldau selbst, wie sie von einigen Laien gelegentlich befürwortet wird, erhebt sich der Referent in energischer Weise und führt in längerem Vortrage das Unstatthafte auseinander, die bereits mit 350 Patienten angefüllte jetzige Anstalt mit weitern 500 und mehr Kranken zu überlasten. Eine solche Maassnahme schlösse die sorgfältige Behandlung der Einzelnen, das liebevolle eingehende Entgegenkommen, was mehr werth ist als jede Anstaltsapotheke, bereits aus, und die Krankenanstalt würde einfach in eine Irrencaserne umgewandelt. Diese Umwandlung würde dazu wegen nöthigem Landankauf und bedeutenden Terrainabgrabungen unverhältnissmässig theuer zu stehen kommen, ja, es wäre selbst mit vielem Geld gar nicht möglich, eine den Bedürfnissen der Irrenpflege entsprechende bauliche, sanitarisch zu rechtfertigende Erweiterung auf dem unmittelbar an die Waldau angrenzenden Grund und Boden herzustellen. Die unmittelbare Nähe des neuen Exercierfeldes, dessen Nachtheile für die Waldau schon zu wiederholten Klagen Veranlassung gegeben haben, sowie das Schussfeld bei Ostermundingen, welches dem Militär und zahlreichen Schützengesellschaften der Stadt Bern zum Uebungsplatze dient, sind endlich so störende Nachbarschaften für eine Anstalt für Geisteskranke, dass dieser Umstand allein ein mehr als hinreichender Grund wäre, von einem Neubau auf einer so exponirten Stelle zu abstrahiren. Es ist genug, dass die jetzige Waldau an den daherigen eingreifenden

Inconvenienzen empfindlicher zu leiden hat, als sie es sagen darf, wenn sie ihren Ruf nicht zu sehr gefährden will.

Der Vortragende beweist dann noch eingehend, wie die Baustelle in Münsingen nicht nur in Bezug auf Erfüllung der psychiatrischen Zwecke am geeignetsten sei, sondern wie die Wahl gerade dieses Platzes auch die financiell günstigsten Vortheile eines Baues in sich schliesse, so dass man mit Recht sagen kann, dass hier das Beste auch das Billigste ist.

An der Hand von Plänen, welche von Herrn Architect *Tièche* ausgearbeitet wurden, wird schliesslich die Anlage des projectirten Baues nach dem System einer gemischten Heil- und Pflegeanstalt mit Einzelhäusern für jede besondere Abtheilung auseinander gesetzt. Als höchst vortheilhaft wurde hervorgehoben, dass in den meisten Gebäuden die südöstliche Exposition, in den übrigen wenigstens die östliche und westliche innegehalten werden könne, alle Aufenthaltsgärten aber ohne Ausnahme werden der prachtvollen Aussicht auf die Alpenkette theilhaftig. Es wird dann noch durch Vergleichung mit andern Anstalten dargethan, dass die zweckmässig und comfortabel hergestellten Irrenasyle sich weit besser rentiren, als solche, bei denen, vielleicht aus Sparsamkeitsrücksichten oder Unkenntniss, nur die möglichst billige Versorgung bei dem Bauplan maassgebend ist; bei jenen zahlen nämlich die Vermöglichen für die Unvermöglichen. Die Lage in Münsingen lässt noch den financiellen Vortheil zu, dass die dortige Anstalt sich mit der Waldau zum Betrieb einer gemeinschaftlich in Regie betriebenen Schlächterei und Bäckerei in Verbindung setzen kann, was bei der grossen Menge der zu verpflegenden Patienten von nicht unerheblichem Gewinn sein wird.

In der diesem Vortrage folgenden Discussion zeigt sich eine allgemeine Zustimmung zu den Anschauungen des Referenten, welche namentlich auch vom Director *Fetscherin* von St. Urban getheilt wurde.

Die Frage von Herrn Dr. *Müller* aus Sumiswald, wie hoch die Kosten des Gesammtbaues schliesslich zu stehen kommen, konnte noch nicht mit Bestimmtheit beantwortet werden.

Mit Einheit aller Anwesenden wurde zum Schlusse noch der Antrag angenommen, eine Petition an die Regierung abgehen zu lassen, des Inhalts, dass der Staat sich für den Bau eines neuen Irrenasyls in Münsingen entscheiden und so die dringende Frage der Erweiterung der Irrenpflege um einen wesentlichen Schritt fördern möge.

Im Anschluss an das auf klare Motive basirte und von der Begeisterung zur Sache durchwärmte Exposé macht Herrn Architect *Tièche* unter Erläuterung der von ihm ausgearbeiteten Pläne wesentlich noch folgende Mittheilungen über die Frage.

Vor 3 Jahren erwarb der Canton Bern von den Erben des Herrn Lanz sel. das schön gelegene, 95 Hectars Pflanzland haltende Schlossgut von Münsingen zum Zweck der Errichtung einer neuen Irrenanstalt. In Anbetracht des humanen Zweckes wurde von den Eigenthümern ein sehr niedriger Kaufpreis gestellt, so dass der Canton, nachdem er verschiedene Waldparcellen vortheilhaft veräussern konnte, einen sehr billigen, allen Anforderungen entsprechenden Bau-



platz, auf welchem eine ausgedehnte Landwirthschaft betrieben werden kann, erhalten hat.

Nachdem durch den Volksbeschluss vom November des vorigen Jahres den Behörden der Auftrag ertheilt wurde, die Erweiterung der Irrenpflege mit Beförderung an die Hand zu nehmen, so ist zu hoffen, dass in der nächsten Zeit in dieser Angelegenheit etwas geschehen werde. Dieses ist um so dringlicher, als den Gemeinden des Cantons Bern für ihre in Anstalten zu versorgende Geisteskranke, die über 1000 betragen, nur 270 Betten in der Waldau zur Verfügung stehen und alle andern Patienten in aussercantonalen Anstalten für theures Geld unterbringen müssen. Es muss also für 700 Kranke Raum geschaffen werden.

Diese grosse Aufgabe ist für den Canton diesen Augenblick kaum ausführbar, jedoch sollte der Anfang einer neuen Anstalt gelegt werden, die dann successive nach den vorhandenen Geldmitteln vergrössert würde.

Die von Herrn Architect *Tièche* im Auftrag der Direction des Innern des Cantons Bern nach den Angaben des Herrn Director *Schærer* und den übrigen Beamteten der Waldau ausgearbeiteten Pläne sehen einen solchen successiven Bau vor, nach welchem im Anfang für 300 Kranke gebaut würde.

Die projectirte Anstalt scheidet sich in zwei gleiche Theile, der eine für Männer, der andere für Frauen. Jede dieser Hauptabtheilungen würde in drei Theile gegliedert,

der erste mit 100 Betten zur Aufnahme von ruhigen, arbeitsamen und unruhigen Patienten,

der zweite mit 50 Betten für die Unreinlichen

und endlich der dritte für 12 Aufgeregte.

Für jede dieser Abtheilungen würde ein besonderes Gebäude mit entsprechenden Einrichtungen erstellt, ebenso ein solches mit mehr Comfort ausgestattetes für die Pensionäre.

Nach Vollendung der ganzen Anstalt würden in einer Anzahl isolirter Gebäude für jedes Geschlecht 250 Ruhige und Unruhige und 100 Unreinliche, Epileptische untergebracht. Für 100 Männer, die hauptsächlich der Landwirthschaft obliegen, könnten in der Nähe der Oeconomiegebäude einfache Localitäten erstellt werden, diese Kranken würden ausserhalb der geschlossenen Anstalt wohnen und einer freiern Behandlung unterworfen sein.

Ausser den Krankengebäuden sind solche für die Oeconomie und Administration vorgesehen, ebenso ein grösserer Versammlungssaal. Die Hauptfaçade der Gebäude ist nach Südost projectirt und von allen Gärten ist ein freier Ausblick auf die Alpenkette reservirt.

Das Mittagessen wurde gewürzt

1) durch die unter dem üblichen Ceremoniell vorgenommene Aufnahme des Collegen *Döbeli* aus Belp in den Vereinsverband,

2) durch ein warmes Wort des leider durch seine Augenkrankheit von seinem Beruf abgedrängten Collegen Dr. *Lohner* in Thun, in welchem er den Anwesenden nachdrücklich empfiehlt, die humane Seite ihrer Thätigkeit ja nicht hinter der beruflichen und wissenschaftlichen zurückstehen zu lassen,



3) durch ein Telegramm von College *Kummer* in Aarwangen.

Den Schluss der Versammlung bildete ein Augenschein à distance des Terrains, auf welchem unsere künftigen Irrenanstalten entstehen sollen und von welchem im Momente Fuder schwerer Garben abgeführt wurden. Allgemein und einhellig war die Freude über die ganz überaus günstig gewonnene Situation für die den ärmsten unserer Mitbürger, den geistig Blinden, so dringend nothwendige cantonale Heil- und Pflegeanstalt.

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

Sitzung vom 26. März 1881.

I. Herr *Horner:* Ueber die Prophylaxis der Blennorrhoea neonatorum.

Es muss daran festgehalten werden, dass die Bl. n. eine Infectionskrankheit ist, ausgehend vom Vaginalsecret der Mutter. Ehe die Technik der Prophylaxis und ihre Durchführbarkeit zu behandeln, ist deren Berechtigung festzustellen 1) wegen der Häufigkeit des Vorkommens der Bl., 2) wegen der Folgen der Krankheit und zwar a) ohne oder in unpassender, b) in passender Behandlung.

Nach *Hausmann* ist die Verhältnisszahl der Bl. n. — auf 12,000 Entbindungen berechnet — 13‰, jedoch je nach Jahrgang und Gebäranstalt, nicht aber in Beziehung auf Reinlichkeit, schwankend zwischen 4 und 37‰. Die Frequenzdifferenzen der Bl. n. nach einzelnen Jahren müssen bei Schätzung des Werthes einer Prophylaxis sehr berücksichtigt werden. So hatte *Horner* in seiner Privatambulanz im Jahre 1874 auf 3842 Augenkranke 10 Bl. n. (im Spital in toto 3 Fälle) und im Jahre 1878 auf 3478 Augenkranke 35 Bl. n. (im Spital in toto 14 Fälle), also 10 : 35 (resp. 13 : 49).

Die möglichen Folgen der Bl. n. bei fehlender und unpassender Behandlung sind bekannt. Auf 100 den Blindenanstalten Deutschlands und Oesterreichs zugeführte blinde Kinder kommen 33 durch Bl. n. erblindete (zwischen 20 und 79%). Als um so erfreulicheres Resultat darf beiläufig erwähnt werden, dass die zürcherische Blindenanstalt von 1865—1876 keinen einzigen Fall von Erblindung durch Bl. n. aufzuweisen hat. Doch muss selbst nach den neuesten statistischen Angaben, also wohl bei zum Theil passender Behandlung, der Bl. n. immer noch ein grosses Contingent von Erblindungen zugewiesen werden.

Zur genaueren Beurtheilung der Leistungsfähigkeit der Therapie entwickelt der Herr Vortragende folgende Angaben. Mit Recht stützt er sich dabei nicht auf die Spitalpraxis, nicht auf die günstigen Bedingungen der Gebäranstalten, wo vom ersten Augenblick der Erkrankung an die zweckmässigste Behandlung eingeleitet werden kann, sondern auf die ungünstigen Verhältnisse seiner Ambulanz, wo meistens erst ausgesprochene Fälle zur Behandlung kommen, die Behandlung nicht absolut regelmässig, auch eine genaue Pflege nicht durchzusetzen und das erkrankte Kind auch in der Ernährung oft den nachtheiligsten Einflüssen ausgesetzt ist.

H. hat in seiner Wohnung in den 22 Jahren von 1859—1881 behandelt 67,681 Pat. Darunter befinden sich 468 mit Bl. n. Von diesen hatten beim Eintritt in

die Behandlung 122 (26,07%) schwere Hornhauterkrankungen, nicht weniger als 35 Individuen schon perforirte Hornhäute, in der Hälfte fast auf beiden Augen. 346 Individuen zeigten noch keine Geschwüre der Cornea; 38 (8,12%) bekamen Hornhautaffectionen während der Behandlung, recht oft wurden dieselben schon am zweiten Tage beobachtet und zwar ohne dass Cauterisation vorausgegangen wäre. Es sind aber die allerunbedeutendsten Epithelverluste mitgerechnet. Folgende Angaben zeigen, was aus diesen 38 Fällen geworden und welche Momente die Affection der Cornea während der Behandlung erklären: 14 heilen ohne Zurücklassung störender Maculæ, 24 erhalten bleibende Sehstörung. Als bedeutsame individuelle Eigenthümlichkeiten werden für diese letzten 24 Fälle folgende Momente angeführt: 3 Fälle sterben mit doppelseitiger Perforation fast unmittelbar nach dieser. Alle drei gehören den ersten Jahren der Praxis an, bleiben die Einzigen, und würde Vortr. sie wohl heute bei der ersten Begegnung nicht zur Bl. n. rechnen, sondern zur marantischen Keratomalacie, da sie auch sehr wenig Secret zeigten. Die Behandlung hatte nur in Reinigung bestanden. 6 Fälle verloren je 1 Auge. Davon hatten 3 eine ausgeprägte diphtheritische Conjunctivitis. Diese Complication ist überhaupt nicht so selten und findet sich in einem solchen Grade, dass, ohne dass je Cauterisation stattgefunden, die umfangreichste Schrumpfung der Bindehaut eintritt. — 2 Fälle waren mit hereditärer Syphilis behaftet und bei einem hatte der Vater an einem heftigen Tripper gelitten und der Vaginalblenorrhœ der Mutter den gefährlichen Charakter mitgetheilt. Diese Relation ist überhaupt recht häufig und verdient im Sinne *Næggerath*'s die grösste Aufmerksamkeit der Gynæcologen. Die übrigen 15 Fälle trugen mehr oder weniger grosse Leucome davon, jedoch, mit 2 Ausnahmen, nur einseitig; unter ihnen befinden sich auch 3 diphtheritische.

Wenn also — bei ambulanter Praxis — 26% spontan Hornhauterkrankungen bekommen und von den ohne Hornhauterkrankung in Behandlung tretenden immerhin noch ca. 7% Schaden leiden können, so ist die Berechtigung zur Prophylaxis der Bl. n. unzweifelhaft, noch viel mehr, wenn man jene Zahlen von Erblindungen in's Gedächtniss sich zurückruft. Als Basis für den Umfang der Prophylaxis, sofern sie eine eclectische, nicht eine absolute sein sollte, ist an den Morbilitätsdurchschnitt von 13% zu erinnern, unter Berücksichtigung weiter Schwankungen (*Crédé* 9—13%, *Olshausen* 8,8%, *Bischoff* 5,6%).

Das Bedürfniss nach einer Prophylaxis der Bl. n. war also längst gefühlt. Auf *Lister*'sche Grundprincipien fussend wurde die Prophylaxis zuerst angestrebt und durchgeführt in Basel und hat *Bischoff* seit 1875 durch Desinfection der mütterlichen Vagina vor der Geburt mit Carbolirrigationen und Waschungen der Augen des Neugebornen unmittelbar nach der Geburt mit Salicylwasser die Morbilität von 5,6% reducirt auf 2,6%. 1876 empfiehlt *Schiess-Gemuseus* ½% Carbolsäurelösung oder $^1/_{10}$% Thymollösung zu Waschungen und Ausspülungen der Augen des Neugebornen. *Hausmann*, 1879, empfiehlt Injectionen in die Scheide mit 2% Carbolsäurelösung und Waschungen der Augen mit 1% Carbollösung unmittelbar nach dem Durchschneiden des Kopfes.

Erst kürzlich veröffentlichten *Crédé* und *Olshausen* ihre Erfahrungen über die

Prophylaxis der Bl. n. *Crédé* versuchte zuerst die prophylactische Desinfection der Vagina mit Carbol- und Salicylsäurelösungen, ohne wesentlichen Erfolg. Dann wurden die Augen der Kinder, deren Mütter eines virulenten Vaginalcatarrhs verdächtig waren, mit 2% Salicylsäurelösung gewaschen und mit Höllensteinlösung 1 : 40 ausgespritzt. So behandelte Kinder bleiben frei von Blenorrhœ, aber mehrere von scheinbar gesunden Müttern stammende und deshalb nicht behandelte Kinder erkrankten. Seit Mitte vorigen Jahres lässt *Crédé* deshalb die Augen jedes Neugebornen mit Wasser reinigen, zwischen die Lider einen Tropfen 2% Höllensteinlösung bringen und nachher 24 Stunden lang mit 2% Salicylsäurelösung Umschläge darauf machen. Die Vaginalirrigation wurde unterlassen. *Crédé*'s Morbilität ist folgende: 1874 ohne Prophylaxis 13,6%, 1879 bei Vaginaldesinfection 9,2%, zweite Hälfte von 1880 bei genannter Behandlung der Augen 0,5%, d. h. von 200 Kindern erkrankte 1, dessen Augen nicht behandelt worden waren.

Olshausen übt die Prophylaxis der Bl. n. seit mehr als 2 Jahren, indem unmittelbar nach der Geburt des Kopfes die noch geschlossenen Lider mit 1%iger Carbollösung — seit kurzer Zeit 2%iger — abgewischt und dann auf dem Wickeltisch die Augen mit der gleichen Lösung ausgewaschen werden, beides mit Wundwatte. Die Morbilität ist dabei von 12,5% auf 6% zurückgegangen.

A. Græfe empfiehlt auch die 2%ige Carbollösung, mit welcher sofort Lider und Conjunctiva innundirt werden sollen, mit Wiederholung dieser Procedur alle 12 Stunden während der ersten 2 Tage.

Es ergibt sich also, dass die prophylactische Irrigation der mütterlichen Vagina verbessernd, aber nicht ausreichend wirkt, die Combination der Vaginalirrigation mit Waschungen der Augen sehr befriedigende Resultate ergibt, am wirksamsten aber die *Crédé*'sche Methode mit Argent. nitr. ist.

Bei der Critik dieser Methoden müssen nach der Meinung des Vortr. das Verfahren in Heilanstalten und dasjenige in der Privatpraxis aus einander gehalten werden. Die Beurtheilung des Verfahrens in der Privatpraxis will *H.* der Discussion überlassen. Was das Verfahren in Gebäranstalten betrifft, so unterliegt es keinem Zweifel, dass dasjenige von *Crédé* durchführbar ist. Doch wird sich die Sache wohl in der Art entwickeln, dass die Vaginaldouche für alle Fälle beibehalten, die Waschung und Aetzung der Augenlider auf die verdächtigen Fälle beschränkt werden muss.

Discussion: 1) Herr *O. Wyss* frägt, ob nicht vielleicht doch die Waschung der Augen mit einer antiseptischen Lösung unter den nöthigen Cautelen auch in der Privatpraxis durchführbar wäre?

Herr *Horner*: Abgesehen von der Ausführbarkeit überhaupt, dürfte eine 2%ige Carbolsäurelösung oder 3%ige Salicylsäurelösung sehr wohl in Anwendung gebracht werden.

2) Herr *Egli-Sinclair* verdankt den Vortrag als sehr zeitgemäss, im Besondern auch weil eben eine neue Hebammenordnung für den Canton Zürich in Berathung ist und weil durch den Vortrag indirecte an die noch immer vernachlässigte Prophylaxis des Puerperalfiebers erinnert wird. — Wenn sich auch gegen das eine

der Mittel zur Prophylaxis der Bl. n., gegen die Vaginaldouche in neuester Zeit eine conträre Strömung entwickelt und wenn auch die Douche seitens der Hebammen nur ausnahmsweise rationell gemacht wird, so darf doch nicht zugegeben werden, dass dieselbe fallen gelassen werde. Die *Bischoff*'sche Statistik hat die Wirksamkeit der Vaginaldouche als prophylactisches Mittel der Blennorrhœa neonatorum unzweifelhaft festgestellt und bei einigermaassen gutem Willen seitens der Hebammen und Anleitung dazu seitens der Aerzte ist dieselbe auch in der Privatpraxis leicht durchführbar. — Anders die Desinfection der Augen. Kann die Hebamme ectropioniren? und wenn sie ectropioniren könnte, soll die ganze Procedur der Desinfection ihrer meist rohen Hand anvertraut werden? Die directe Behandlung des Conjunctivalsackes des Neugebornen durch die Hebamme ist ein Ding der Unmöglichkeit, will man nicht mehr Schaden als Nutzen stiften. Für die Privatpraxis ist also die Prophylaxis der Bl. n. durch Desinfection und Aetzung der Augen, abgesehen von der selbstverständlichen äussern Reinigung nicht durchführbar.

3) Herr *Rohrer* hat unter 10,000 Pat. in 10 Jahren 30 Blennorrhœen beobachtet; 2 verliefen schlecht, weil gonorrhoisch. In den letzten Jahren ist die Bl. n. entschieden seltener gewesen. *R.* schreibt das seltenere Vorkommen der Desinfection der mütterlichen Vagina seitens der Hebammen seines Rayons zu und spricht sich entschieden für die prophylactische Vaginaldouche aus.

4) Herr *Haab* macht zunächst darauf aufmerksam, dass in Hinsicht auf das Vorkommen der Blennorrhœ überhaupt und auf den Werth der Therapie der nicht selten bei Kindern auftretende acute Conjunctivalcatarrh von der Bl. n. getrennt werden müsse. Dann verlangt er von der Prophylaxis der Bl. nicht nur die Desinfection der Augen, sondern auch gründliche mechanische Reinigung des ganzen Körpers des Kindes. Es kann das Auge nach bereits geschehener Desinfection sehr leicht vom noch unreinen Körper aus neuerdings inficirt werden. Als eine sehr wichtige prophylactische Maassregel gegen die Bl. n. betrachtet *H.* ferner die gründliche Heilung der Gonorrhœ beim Manne.

5) Herr *Zehnder* glaubt, dass die Hebammen zur Desinfection der mütterlichen Vagina während der Geburt angehalten werden sollten; die Desinfection des Neugebornen aber passt nicht für Hebammen. Dagegen verlangt er von denselben sofortige Anzeige beim Arzte, sobald Krankheitserscheinungen am Auge des Kindes auftreten.

6) Herr *Horner:* Für Gebäranstalten hat sich bis jetzt die Methode nach *Credé* als ausreichend wirksame Prophylaxis der Bl. erwiesen, und da sie in Anstalten wohl durchführbar, so sollte sie daselbst auch zur Anwendung kommen. Dagegen ist die Durchführbarkeit des *Credé*'schen Verfahrens in der Privatpraxis nicht denkbar. Selbst das einfachere Auswaschen des Auges mit 2%. Carbolsäurelösung, die an und für sich wohl vertragen würde, ist unstatthaft. Denn die Hebammen werden die Lider nicht ectropioniren, sondern die Lösung auf die Cornea giessen und die Cornea anätzen. Wohl aber sollen die Hebammen, nach sorgfältiger Instruction, durch Irrigation der mütterlichen Vagina, Reinhaltung der Hände und Instrumente zu der in ihrer Wirksamkeit möglichen Prophylaxis der Bl. n. und



zu sofortiger Anzeige im Falle von Erkrankung der Augen eines Kindes gezwungen werden.

Bezüglich der Angabe des Herrn *Rohrer* macht *H.* nochmals aufmerksam auf die Schwankungen, die überhaupt in der Häufigkeit der Blennorrhœ vorkommen. *H.* constatirt ausserdem, dass im Gegentheil die Bl. n. in letzter Zeit wieder häufiger, weil die Hebammen sich wieder mehr erlauben.

II. Herr *Onufrowicz* beschreibt einen Fall von tödtlich verlaufener „atonischer“ Peritonitis in Folge von Axendrehung und Necrose des Processus vermiformis. Am Präparat ist die Torsion deutlich sichtbar. Aetiologie unerklärt.

III. Herr *Nauwerck* demonstrirt den sich durch ausserordentliche Dicke, Schwere und Necrosenbildung auszeichnenden Schädel einer tertiär Syphilitischen.

Egli-Sinclair.

Referate und Kritiken.

Handbuch der historisch-geographischen Pathologie.

Von Prof. *August Hirsch* in Berlin. I. Abth. Stuttgart, bei F. Enke, 1881.

1859 erschien zum ersten Male die I. Abtheilung dieses Werkes, um 1864 als Gesammtwerk abgeschlossen zu werden. 1881 sehen wir wieder die I. Abtheilung in einer 2., vollständig neuen Bearbeitung vor uns liegen. Wer sich darüber klar ist, dass *Hirsch* mit seinem Buche der eigentliche Gründer der historisch-geographischen Pathologie wurde, dass durch den Inhalt desselben angeregt seitdem dieser Theil der Medicin viel in- und extensiver wie früher bearbeitet wurde, wird, wie ich, schon lange einer neuen Bearbeitung dieses Handbuches entgegengesehen haben. Sie liegt nun mit der alten Eintheilung vor uns, indem auch diese I. Abtheilung die allgemeinen acuten Infectionskrankheiten zum Gegenstande hat, während die späteren Abtheilungen die chronischen infectiösen und constitutionellen Krankheiten und die Organkrankheiten behandeln werden. Wir können die vom Verf. behandelten Krankheiten in zwei Gruppen bringen, nämlich 1) in die Gruppe der contagiösen acuten Infectionskrankheiten, wohin die Blattern, Masern, der Scharlach, Flecktyphus und das Febris recurrens gerechnet werden; 2) in die der nicht contagiösen, wohin die Influenza, Dengue, der Schweissfriesel, die Malariakrankheiten, die Pest, die Cholera, das Gelbfieber und das Typhoid, unser Abdominaltyphus, gehören. Verf. versteht dabei unter contagiösen Krankheiten jene, bei denen sich das specifische Krankheitsgift innerhalb des erkrankten Organismus reproducirt und aus demselben vollkommen wirkungsfähig ausgeschieden wird, während bei den nicht contagiösen das ausgeschiedene Krankheitsgift immer noch weiterer, äusserer günstiger Bedingungen und Einflüsse bedarf, um einen andern Organismus zu inficiren. Es sind gewisse Verhältnisse des Bodens, der Luft, überhaupt der Umgebung nöthig, über die man allerdings nur sehr wenig und sehr Allgemeines weiss, um den Ansteckungsstoff wirksam zu machen, wobei dann noch individuelle und Raceneigenschaften oft eine sehr wichtige Rolle spielen. Ich mache nur auf die gesteigerte Ansteckungsfähigkeit der Negerrace für Blattern, Cholera und Pest und die fast an Immunität grenzende geringe für Gelbfieber und Malaria aufmerksam. Es ist ohne Zweifel ein etwas klarerer naturwissenschaftlicher Begriff an die Stelle der früheren „Miasma und Contagium“ getreten; dass aber trotzdem bezüglich dieser Verhältnisse noch viel Dunkles herrscht, noch grosse Lücken in ihrer Erkenntniss bestehen, ergibt sich aus dem Werke genügend. Verf. lässt alle diese Krankheiten durch specifische, organische Gifte bedingt sein, deren Natur uns aber fast ganz unbekannt ist. Sie könnten sowohl chemische Zersetzungsproducte organischer Substanzen sein, als auch in den Gährungserregern dieser Zersetzungen bestehen, also parasitärer Natur sein. Verf. neigt sich zu der letztern Anschauung hin, wofür die Auffindung der Recurrensspirille sehr spricht. Uebrigens spricht er sich bezüglich aller der genetischen Hypothesen dieser Krankheiten mit berechtigter grösster Zurückhaltung aus. Diese organischen Gifte sind

transportabel; sie sind theils durch die Luft transportabel, theils durch den sachlichen und menschlichen Verkehr, indem sie sich an Personen und Gegenstände heften, welche Krankheitsträger dann Krankheitserreger werden. Bei der Dengue, Cholera, dem Gelbfieber sind diese Verbreitungsverhältnisse sehr durchsichtig, aber auch bei den Malariakrankheiten und dem Typhoid zweifellos. Die Ausgangspuncte für diese Infectionsstoffe bilden diejenigen Gegenden, in denen die betreffenden Krankheiten heimisch sind, oder wenigstens endemisch vorkommen, d. h. heimisch geworden sind. Sie bilden die beständigen Krankheitsherde. Es tritt Verf. mit aller Entschiedenheit für diese Art der Verbreitung auf, indem er eine autochthone Entstehung irgend einer dieser Krankheiten, mit Ausnahme der Influenza, wenigstens für unbewiesen hält. Heimath und Endemicität der Influenza sind ganz unbekannt; dagegen weiss man im Allgemeinen, dass Dengue den Tropen und Subtropen angehört; ob sie aber auf der östlichen oder westlichen Hemisphäre ihre Heimath hat, ist unbekannt. Die Schweisskrankheit schien von England auszugehen und ist im Norden und Nordosten von Frankreich endemisch geworden, während sie in England selbst verschwunden ist. Die Heimath der Masern und des Scharlachs sind unbekannt, während jetzt beide allenthalben in Europa heimisch geworden sind. Die Blattern haben wahrscheinlich eine über verschiedene Districte Indiens, Arabiens, China's und des centralen Afrika reichende Heimath, während sie gegenwärtig in den meisten grossen Städten der alten Welt endemisch sind. Die Malariakrankheiten in ihren schweren Formen gehören den ost- und westhemisphärischen Gegenden um den Aequator, also den Tropen an, während die leichtern Formen in den gemässigten Zonen endemisch auftreten, ohne aber daselbst sich zu Epidemien zu entwickeln. Ebenso verhält sich's mit dem Gelbfieber. Cholera stammt bekanntlich aus Indien. Die Pest hat ihre Heimath sowohl in Niederegypten als in verschiedenen Ländern Asiens (Syrien, Kleinasien, Indien, China, Arabien, Mesopotamien, Kurdistan). Ob vielleicht Indien und China als die ursprüngliche Heimath betrachtet werden müssen, ist nicht sicherzustellen. Die eigentliche Heimath des Flecktyphus wie des Recurrens ist unbekannt, doch scheinen beide vorzugsweise Europa anzugehören; ihre intensivsten Krankheitsherde haben sie gegenwärtig in Irland und in den slavischen Staaten. Uebrigens kommt Flecktyphus auch in Nubien endemisch vor, wie Recurrens in Egypten und Indien. Typhoid findet man in der ganzen Welt endemisch. Wir sehen damit, dass einzelne der Infectionskrankheiten, wie Pest, Blattern, Dengue, Cholera, Gelbfieber, schwere Malariakrankheit die heissen Länder; andere, wie Scharlach, Masern, Schweissfriesel, Flecktyphus, Recurrens mehr die gemässigt-klimatischen zur Heimath haben, was übrigens nicht abhielt und abhält, dass einzelne derselben sich weit über ihre Heimathsgrenzen hinaus verbreiten und selbst anderswo heimisch werden können. Influenza und Typhoid scheinen sich nicht nach Klima und Gegend zu richten, sondern überall vorzukommen, wenn auch Typhoid immerhin in Mittel- und Südeuropa am stärksten auftritt. Damit steht auch die Verbreitungsweise vieler Volksseuchen in einigem Zusammenhange. Während Dengue, Schweissfriesel, Scharlach, Gelbfieber, Flecktyphus, Typhoid, Malaria und Recurrens mehr beschränkte Verbreitungsbezirke besitzen, treten Influenza, Blattern, Masern, Cholera und Pest in grossartigen Epidemien, selbst oft genug in über ganze Erdtheile, ja den ganzen Erdboden verbreiteten Pandemien auf. Mittel- und Südeuropa, Ost-, West- und Südasien, Nordostafrika, also die alten Culturstätten, sind vorzüglich die Heimstätten dieser Seuchen, während auf amerikanischem Boden mit Sicherheit nur Malariakrankheiten und Dengue gemeinsam mit den heissen Gegenden der alten Welt und nur Gelbfieber als ausschliesslich heimisch nachweisbar sind. Alle andern dort epidemisch auftretenden acuten Infectionskrankheiten sind importirt. Australien und Polynesien scheinen seuchenfreie Gebiete gewesen zu sein, ebenso erfreuen sich einer relativen Immunität der Süden Afrika's und Amerika's, sowie die eigentlichen Polarländer.

Merkwürdig ist das vorzugsweise Auftreten bestimmter Seuchen unter bestimmten Verhältnissen. Dengue, Cholera, Typhoid, Gelbfieber, schwere Malaria treffen hauptsächlich die Städte und grossen Verkehrscentren, während Schweisskrankheit mehr die Landbevölkerung verheert. Während letztere Krankheit das eigentliche Proletariat weniger befällt, finden Typhus, Pest, Cholera, Gelbfieber und Recurrens ihre meisten Opfer unter dem Proletariate, so dass erstere eine gewisse Unabhängigkeit, letztere eine bedeutende Abhängigkeit von social-hygieinischen Schädlichkeiten zeigen. Es haben demnach Krieg,

Hungersnoth, sociales Elend nicht nur auf die Häufigkeit des Auftretens, sondern vor Allem auch auf den Charakter dieser Krankheiten einen schlimmen Einfluss. Nicht weniger merkwürdig erscheint die Beobachtung eines sporadischen Auftretens von Scharlach, Malaria, Pest, Cholera, Gelbfieber, Typhoidfällen, während die übrigen Seuchen nur epidemisch zur Beobachtung kommen. Am merkwürdigsten jedoch treten uns Influenza, Malaria, Gelbfieber, Cholera und Typhus als „Schiffskrankheiten" gegenüber, worunter man ihr originäres Auftreten auf Schiffen während Seefahrten versteht, ohne dass die Krankheit auf eine vorhergegangene Infection der Schiffmannschaft auf dem Lande zurückgeführt werden kann. Es lehrt dieses Auftreten, wie vorsichtig man bei Beurtheilung der Einflüsse von Bodenbeschaffenheit, Luftfeuchtigkeit, Jahreszeiten etc. etc. auf Entstehung dieser Krankheiten sein muss.

Dies sind nur wenige Andeutungen des ungeheuer reichen und interessanten Inhalts, den uns das Buch darbietet. Sind auch jetzt noch bedeutende Lücken in unserer Kenntniss dieser Krankheiten, so dürfen wir nicht vergessen, dass Geographie und Geschichte der meisten derselben wegen des unvollkommenen wissenschaftlichen Standpunctes unserer ärztlichen Vorfahren in ein wohl kaum je zu lüftendes Dunkel gehüllt sind. Immerhin ist die hier gebotene Ausbeute grossartig und Beweis eines ebenso scharfsinnigen, als gelehrten und unermüdet fleissigen Forschergeistes. Das Buch ist kein sogenanntes nur gelehrtes Werk, sondern es ist ein eminent practisches Buch, in dem vor Allem der Arzt lernen kann und soll. Ich mache noch aufmerksam auf das vom Verf. über Vaccination, über die genetischen Verhältnisse der Cholera und des Typhoids, über die Beziehungen einzelner Seuchen zu einander geschriebene und vor Allem auf die jeder Krankheitsbeschreibung angefügten literarischen Verzeichnisse und schliesse mit der dringendsten Empfehlung an alle Collegen, das Buch sich anzuschaffen, da von dem hier eröffneten, weiten und hohen Standpuncte ihr ganzes Wissensgebiet eine ganz neue Beleuchtung und Erweiterung gewinnen wird. Der Verleger hat dasselbe in würdiger Weise ausgestattet.

L. W.

Mein Epilog.

Von Dr. *Victor v. Ivánchich.* Wien, 1881.

Das Wesentlichste der 90 Seiten fassenden Schrift bilden die Krankengeschichten von 33 Fällen von Lithotripsie, welche alle mit Genesung endigten. Verf. will hiemit „vom Schauplatze der Wissenschaft und Kunst für immer abtreten", und so erklärt sich der Titel der Arbeit. *Ivánchich* ist wegen der guten Resultate, welche er mit der französischen Methode der Lithotripsie erzielte, bekannt; leider fehlt seiner letzten Arbeit eine Gesammtstatistik der 300 operirten Fälle, frühern Veröffentlichungen nach zu urtheilen, würde sie ungemein günstig ausfallen.

Der übrige Theil vorliegender Schrift bildet eine Polemik ziemlich unerquicklicher Natur gegen *Billroth* und sodann Fragmentarisches von Anschauungen aller Zeiten über Aetiologie, Pharmacodynamik und Chirurgie in Sachen der Urolithiasis. Verf. nimmt an, dass die Harnsäure ev. Oxalsäure im Blute der Steinkranken in grösserer Menge schon präformirt sei und in den Nieren zur palpablen Secretion gelange. *Kaufmann.*

Cantonale Correspondenzen.

Basel. Zur Leichenverbrennung. In der Nacht vom 25. auf 26. Juli v. J. kamen bei einem Stallbrande an der Hägenheimerstrasse bei Basel 38 Stück Grossvieh durch die Flammen um's Leben. An den Unterzeichneten, der vom Tit. Sanitätsdepartement mit der bestmöglichsten und raschesten Beseitigung der Cadaver beauftragt wurde, drängte sich nun vorerst die Frage, ob das Fleisch der dem Feuer zum Opfer gefallenen, meist starken und wohlgenährten Rinder (worunter ein Farren von über 500 Kilogr. Fleischgewicht) nicht mehr als menschliches Nahrungsmittel verwendet werden könne. Zum Verkaufe zulässig wäre dieses Fleisch als von crepirten Thieren herstammend gesetzlich nicht geweeen; doch hätte dasselbe immerhin der ärmern Bevölkerung, wie sie in der Nähe des Brandplatzes nicht selten ist, eine willkommene Speise geliefert. Freilich hatten die Eingeweide in den Cadavern so stark gekocht, dass Wanst und Bauch-

decke zersprengt worden waren, so dass die reichlich vorhandenen nassen Magen- und Darmcontenta alles imprägnirt und grün gefärbt hatten. Ein hungriger Mensch ist aber nicht sehr wählerisch und fanden sich am ersten und zweiten Tage nach Abdeckung der Cadaver genug Solcher, die trotz allen Abmahnens im Versteckten Fleischstücke abschnitten und halbroh, wie sie waren, assen. Trotzdem die Thiere, nicht rasch vom Rauche erstickt, sondern langsam und hauptsächlich durch Einathmen der Feuerluft qualvoll verendet waren, würde deren Fleisch, bald nach Wegräumung von Feuer, Asche und Schutt gegessen, kaum schädliche Folgen für den gesunden Menschen gehabt haben. Was uns verbot, Bedürftige und Fleischbegierige durch Abgabe der schönern Fleischstücke zu beglücken, war die Voraussetzung, es müsse das unausgeblutete, mit Magendarminhalt durchtränkte Fleisch bei der zur Zeit sehr hohen Lufttemperatur äusserst rasch in Gährung und Zersetzung übergehen und dann Anlass zur Bildung von sog. Wurstgift geben. Es musste daher auch vom Verschenken des Fleisches abgesehen und nur darnach getrachtet werden, dasselbe so zu beseitigen, dass nicht die engere oder weitere Nachbarschaft durch Fäulnissproducte belästigt oder geschädigt werde.

Zu diesem Zwecke wurde eine 50′ lange, 6′ breite und 6′ tiefe Grube gegraben, deren Boden 3′ hoch mit den verbrannten, stückweise aus Asche und Schutt herausgerissenen Cadavern bedeckt wurde. Ueber diese Cadaverlage wurde eine fusshohe Schichte am Platze frisch abgelöschten Kalkes ausgegossen und dann die Grube wieder mit Erde eingefüllt und verebnet.

Diese ganze Procedur hatte, hauptsächlich des sehr harten Bodens wegen, vier volle Tage in Anspruch genommen und über vierhundert Franken gekostet.

Weit practischer und weit weniger kostend hatte sich eine andere Art der Cadaverbeseitigung erwiesen. Es wurden nämlich 530 Kilog. Hinterschenkel dieser Viehcadaver in die hiesige Gasfabrik gefahren und daselbst in einige leere zur Gasbereitung geheizte Gasretorten geworfen und zwar in je eine Retorte 150 Kilog. Fleisch und Knochen. Sofort entstieg dem circa 15 cm. weiten Aufsatzrohre eine dichte Gas- und Dampfsäule, welche einen stark brenzlichen Geruch, wie er beim Verbrennen von Hufhorn auf Beschlagbrücken wahrgenommen wird, entwickelte. Diese noch stark mit Wasserdampf vermischte Gassäule konnte erst nach Verfluss von circa 2 Stunden entzündet werden, brannte aber dann mit kräftiger, heller Flamme. Jeweilen nach fünf Stunden wurde der Rückstand aus der Retorte genommen und bestand derselbe aus sehr schöner Thierkohle und calcinirten, leicht zerschlagbaren, in kleine Stücke zerfallenen Knochenresten im Totalgewicht von 36 Kilog., also circa 72 pro mille.

Mit Benützung eines Apparates zur Condensirung der im Anfange massig sich entwickelnden Wasserdämpfe würde das bei der Verbrennung der Cadaver sich entwickelnde Gas sofort als Leuchtgas verwendbar gewesen sein.

Ein weiterer in dieser Richtung gemachter Versuch bestätigte diese Annahme auch vollständig.

Der Cadaver eines erstickten, leidlich fetten Schafhammels im Gewichte von 15,5 Kg., der ohne Fell und Eingeweide in schon etwas eingetrocknetem Zustande in die Gasretorte geschoben wurde, gab schon nach Verfluss einer Viertelstunde ein sehr schönes, hellbrennendes Leuchtgas, das ohne Bedenken in die städtische Gasleitung eingelassen werden konnte. Dieser Cadaver wurde bei mässiger Hitze bei 12 Stunden in der Retorte belassen und gab einen Rückstand von 600 grmm. fast zu Staub zerfallener Knochenreste.

Bei einem dritten Versuche wurden der Gasretorte 55 Kilog. entbeinten, schon etwas in Fäulniss übergegangenen Pferdefleisches übergeben, woraus sich in ca. 45 Minuten ein ebenfalls vollkommen brauchbares Leuchtgas gewinnen liess. Nach circa 4 Stunden fand sich in der Retorte ein Rückstand von $2\frac{1}{2}$ Kilog. schöner reiner Thierkohle.

Zu den folgenden fünf Versuchen wurde wegen Perlsucht resp. Tuberculose confiscirtes mageres, theilweise sogar etwas wassersüchtiges Kuhfleisch verwendet, woraus sich, wenn auch bei weitem nicht so viel wie aus fettem Fleisch, doch immer noch eine die Heizungskosten annähernd deckende Menge Leuchtgas entwickelte.

Das Gewicht des Rückstandes stieg oder fiel, da eben die Knochen den schwersten Rückstand liefern, mit der grössern oder geringern Knochenmasse, welche die Cadaver enthielten.

So ergaben 150 Kilog. dieses Kuhfleisches nach vierstündiger Erhitzung 5,0 Kilog. Rückstand.

130 Kilog. Kuhfleisch nach vierstündiger Erhitzung	5,5	„ „
210 „ „ „ „ „	13	„ „
130 „ „ „ „ „	8	„ „
31 „ „ „ „ „	1	„ „

Ein grosser fetter Hofhund von 55 Kilog. Gewicht, der ganz mit Haut und Haar und Eingeweide in die Retorte geschoben wurde, ergab ein reichliches Leuchtgas und einen Rückstand von 2,5 Kilog.

Diese Versuche, welche gelegentlich fortgesetzt werden sollen, mögen dazu beitragen, die bei der fortwährend zunehmenden Vergrösserung des städtischen Areals sich aufdrängende Frage nach der sanitarisch besten und practischsten Plazirung und Einrichtung von Abdeckereien zu beantworten. Schon nach diesen wenigen, aber gelungenen, Versuchen kann diese Frage folgendermaassen beantwortet werden: Der Verdauungstractus umgestandener oder beseitigter Thiere wird am besten mit Erde und Dünger bedeckt, einer langsamen Zersetzung und Umwandlung überlassen (Compostbereitung), um später als Kraftdünger verwendet zu werden. Der ganze übrige Cadaver wird dem Gasofen übergeben, um von der Hitze verzehrt zu werden. Sowohl die rationelle Compostbereitung aus dem Verdauungscanal sammt Inhalt als auch und noch viel mehr die Verbrennung von Knochen und Musculatur im Gasofen können ohne jede Belästigung oder Schädigung, selbst der nächsten Umgebung, vorgenommen werden.

Die Kosten aber werden sicherlich zum grössten Theile durch Compost, Leuchtgas und Thierkohlegewinnung und Verwerthung gedeckt werden können.

Der Versuch mit dem Hunde (honny soit qui mal y pense) erweist, dass es ein Leichtes sein würde, auch menschliche Cadaver im Gasofen zu verbrennen und würde sich diese Art der fast kostenlosen Feuerbestattung besonders beim Herrschen schwerer Epidemien (vorzüglich der asiatischen Cholera) gewiss vom rein sanitarischen Standpunct aus nicht genug empfehlen lassen.

Dieser gewiss practischsten Bestattungsart dürfte freilich das menschliche Pietätsgefühl ganz bedeutend widerstreben.

Basel. *Siegmund.*

Berlin. Sonnabend, den 18. und Sonntag, den 19. März fand in Berlin die „4. Versammlung der balneologischen Section der Gesellschaft für Heilkunde", oder kürzer: der diesjährige **balneologische Congress** statt, zu welchem die Herren Bade- und Brunnenärzte aus allen Ecken und Enden Deutschlands und auch aus Böhmen ziemlich zahlreich eingerückt waren. Vorträge wurden gehalten: von Dr. *G. Thilenius* (Soden): Ueber die bezüglich der atmosphärischen Einflüsse auf Entstehung von Lungenblutungen eingegangenen Arbeiten; von Dr. *Rohden* (Lippspringe): Ueber die Verschiedenheit organischer Wirkungen, Gewöhnung und Anpassung; von Dr. *Sponholz* (Jena): Zur Klimatotherapie früherer Zeiten; von Dr. *v. Liebig* (Reichenhall): Ueber die Pulscurve bei phthisischer Anlage; von Dr. *Kisch* (Marienbad): Ueber durch Badecuren entstandene gynäcologische Leiden.

Das Referat des Herrn *Thilenius*, dem ich mit Spannung entgegen gesehen hatte, fiel leider sehr mager aus, indem über das so interessante Thema nur eine einzige Arbeit (von *Dettweiler*) eingegangen war. Discussion schloss sich keine daran. Ebenso wenig Anlass zu Verhandlungen gaben die Vorträge von *Rohden* und *Sponholz*, welch' letzterer die Versammlung mit einer Darlegung frühern Teufels- und Hexenglaubens sichtlich gelangweilt hatte.

Einen sehr unmotivirten Sturm der Entrüstung Seitens der Collegen, die an Frauenbädern wirken, rief der Vortrag von *Kisch* hervor. Die Herren wollten nicht zugeben, dass sich Frauen durch Badecuren eventuell auch Schaden zufügen können. Es bedurfte der parlamentarischen Erfahrung des Vorsitzenden, des Herrn Reichstagsabgeordneten Dr. *Thilenius*, um die unerquicklichen Ausfälle und die Nörgeleien an dem Wortlaute des Titels, den *Kisch* seinem Vortrage gegeben hatte, zum Schweigen zu bringen.

Die von *Tobold* angekündigten laryngologischen Demonstrationen fielen leider aus, weil derselbe unwohl geworden. Es folgten dafür sehr interessante Demonstrationen

„über die den Geweben des Körpers günstigen Flüssigkeiten" durch den Physiologen *Kronecker* (Berlin). Drei weiteren, noch angekündigten Vorträgen konnte ich zu meinem Bedauern nicht mehr beiwohnen.

Berlin, den 20. März 1882. *Schnyder.*

Brasilien. Da ich schon zu wiederholten Malen von schweizerischen Collegen um Auskunft über die **ärztlichen Verhältnisse in Brasilien** angegangen wurde und es mir unmöglich ist, alle diese Anfragen im Detail zu beantworten, so möchte ich Sie bitten, zu deren Handen diesen kurzen Bericht in Ihrem geschätzten Blatte aufzunehmen. Vielleicht vermag es auch diesem oder jenem Leser, dem es in der alten Heimath noch wohl genug ist, einiges Interesse abzugewinnen und zur Verbreitung richtigerer Anschauungen über hiesige Verhältnisse beizutragen.

Brasilien besitzt zwei medicinische Facultäten, die von Rio de Janeiro und die von Bahia; beide zusammen mögen etwa 1000 Schüler zählen, von denen gegen zwei Drittel auf die erstere kommen. Jährlich absolviren circa 100 Mediciner die zur Ausübung ihres Berufes erforderlichen Examen; denn die ärztliche Praxis ist in Brasilien keineswegs freigegeben, wie man in Europa so oft glaubt. (Dass es in entlegeneren, weniger bevölkerten oder ärmeren Theilen des Reiches an patentirten Aerzten fehlen muss, ist einleuchtend; dort ist natürlich die Praxis oder vielmehr die Pfuscherei vollständig frei und hört jede Controle auf.)

Im Unterrichtsplane und in den Lehrmitteln beider Schulen haben in letzter Zeit Reformen stattgefunden, die gegenüber den früheren Verhältnissen einen ungeheuren Fortschritt vorstellen. Auditorien, Präparirsäle, Laboratorien sind in Rio mit grossen Kosten erstellt worden und entsprechen berechtigten Ansprüchen vollkommen. Die Lehrstühle sind vermehrt und das Material zugänglicher gemacht worden. Zwar enthüllen sich dem prüfenden Blicke schon bei der oberflächlichsten Betrachtung zahlreiche Mängel: schon die Vorbildung ist mangelhaft und die Leistungen der hiesigen Schulen sind noch weit entfernt davon, mit denjenigen irgend einer Facultät deutscher, französischer oder englischer Sprache rivalisiren zu können; indessen wird eine gerechte Kritik, unter Berücksichtigung der Grösse und Schwierigkeit der Aufgaben, den fortschrittlichen Bestrebungen und Leistungen der letzten Jahre ihre volle Anerkennung nicht versagen können. Die Haupthindernisse der weiteren Entwicklung der hiesigen Schulen liegen nicht in äussern Verhältnissen, sondern im brasilianischen Charakter, dem Pünctlichkeit, Gründlichkeit und wissenschaftliche Aufrichtigkeit fremd ist, der sich mit der Wahrung des Scheins vollständig befriedigt erklärt und bei dem nur zu oft persönliche Antipathien und Sympathien die Stelle von Gesetz und Recht vertreten. Protection und Nepotismus sind kaum zu vertilgende Krebsübel und ein weiteres Hinderniss besteht im einseitigen Anschluss an Frankreich, bei schroffem und ablehnendem Verhalten gegen andere fremde Einflüsse.

Die Verhältnisse der beiden medicinischen Facultäten Brasiliens sind neuerdings durch ein Decret vom 12. März 1881 geregelt worden, aus dem ich die wichtigsten Bestimmungen theils abgekürzt, theils in möglichst sinngetreuer Uebersetzung wiedergebe.

Die Facultät ist vom 1. März bis zum 15. December geöffnet; die Collegien beginnen jedoch erst am 15. März und schliessen am 30. October. Zuvor wird für die gehörige Besetzung der einzelnen Lehrstühle gesorgt und jeder Docent hat für sein Fach ein Lehrprogramm einzureichen. Ist dasselbe genehmigt, so wird es gedruckt und dient dann als Grundlage für die betreffenden Fachexamen. Der definitive Stundenplan für das Studienjahr erscheint ebenfalls im Druck und darf ohne Zustimmung des Directors der Facultät nicht mehr geändert werden.

Es gibt zwei jährliche Examenstermine: der eine beginnt am 3. März, der andere am 3. November.

Die Schüler der Facultät haben einen Studiengang von sieben Serien durchzumachen und für jede derselben ein Examen zu bestehen. Dieselben umfassen folgende Fächer:

I. Med. Physik — med. Chemie und Mineralogie — med. Botanik und Zoologie. II. Descriptive Anatomie — theoretische und practische Histologie — organische und physiologische Chemie. III. Theoretische und experimentelle Physiologie — pathologische Anatomie — allgemeine Pathologie. IV. Pathologie der innern Krankheiten — chirurgische Pathologie — Materia medica et therapeutica mit specieller Berücksichtigung der

brasilianischen Medicamente. V. Geburtshülfe — topographische Anatomie und Operationen — Verbandlehre und kleine Chirurgie. VI. Hygieine und Geschichte der Medicin — Arzneimittellehre und Receptirkunst — gerichtliche Medicin und Toxicologie. VII. Medicinische Klinik — chirurgische Klinik — geburtshülfliche Klinik und Gynäcologie.

Laut Decret vom 19. April 1879 kommen noch dazu: ad II. Zoologie und vergleichende Anatomie — ad III. pathologische Physiologie und experimentelle Pathologie — ad IV. Klinik der syphilitischen und Hautkrankheiten — Zahnheilkunde — ad V. ophthalmologische Klinik — ad VII. psychiatrische Klinik und medicinische Kinderklinik, worauf aus der chirurgischen Klinik für Erwachsene mit derjenigen für Kinder, der geburtshülflichen und gynäcologischen Klinik eine achte Serie gebildet werden soll.

Man sieht, das Verzeichniss lässt nichts zu wünschen übrig und alles dies macht sich sehr schön — auf dem Papier. Hört man nun gar, dass jedes dieser Examen (soweit thunlich) in eine mündliche, schriftliche und practische Prüfung zerfällt und dass immer ein beträchtlicher Theil der Candidaten mit Auszeichnung besteht, so möchte einem fast bange werden vor all' der Gelehrsamkeit. Allein es wird eben nie so heiss gegessen, wie gekocht. Bis jetzt werden die Ergänzungsfächer im Examen nicht gefordert und auch für die übrigen Fächer lassen sich Mittel und Wege finden, um die Prüfungen nicht gar zu schwer zu machen. Trotzdem erfreuen sich diese Bestimmungen nicht grosser Popularität bei den Studenten.

Doch kommen wir zum wichtigsten Theil, den Examenbedingungen für Aerzte, die im Ausland studirt haben. Sie lauten folgendermaassen:

Doctoren der Medicin und Chirurgie, welche auf Grund von Diplomen, die von fremden, staatlich anerkannten, medicinischen Instituten verliehen wurden, zur Ausübung der Heilkunde berechtigt sind, haben sich einem Examen vor einer der Facultäten zu unterwerfen, wenn sie ihren Beruf im ganzen Kaiserreiche ausüben wollen. Um zu diesem Examen zugelassen zu werden, haben sie vorzulegen:

1) Ihre Diplome oder in Ermanglung derselben, welche vor der Commission zu begründen ist, authentische Documente, welche deren Stelle vertreten.

2) Einem Nachweis der persönlichen Identität, beglaubigt durch Gesandtschaft oder Consulat des Landes, dem sie angehören.

3) Documente, welche auf ihre Moralität Bezug haben.

(Hierzu ist zu bemerken, dass unter 1) bis jetzt nur eigentliche Doctordiplome, nicht Diplome über bestandenes Staatsexamen berücksichtigt wurden, obgleich natürlich nur letztere dem Sinne des Paragraphen entsprechen. Erstere lässt man am besten im betreffenden Lande vom brasilianischen Gesandten oder Consul visiren; die unter 2) oder 3) erwähnten Papiere kann man hier auf den Consulaten erhalten. Unvisirte Documente sind werthlos.)

Nachdem die Authenticität der Titel und die Identität der Person durch den Director der Facultät verificirt worden, gibt der Secretär dem Candidaten Anweisung zur Bezahlung der Taxe. Nachdem dieser entsprochen worden ist, wird der Termin für das Examen festgesetzt.

(Die Taxe für die erste Abtheilung des Examens ist 102 Milreis, eben so viel wird für die zweite und noch etwas mehr bei Einhändigung des Diplomes bezahlt, so dass die Examenspesen ohne den Druck der These auf ca. 350 Milreis [gegen 900 Fr.] zu stehen kommen.)

Wer kein Diplom vorzulegen hat, sich aber über seine Persönlichkeit ausweisen kann, darf seinen Beruf erst ausüben, nachdem er alle Examen bestanden hat, in welche der medicinische Curs der Facultäten zerfällt (s. oben).

Zur Erlangung des Doctorgrades einer der Facultäten müssen die Examen sämmtlicher Serien durchgemacht werden;

wer jedoch, ohne Anspruch auf die Titel der Facultäten, nur die medicinische oder chirurgische Praxis im Reiche auszuüben gedenkt, hat zwei Serien von Examen zu passiren und eine These zu vertheidigen.

Die erste Serie besteht aus folgenden Fächern:

Beschreibende Anatomie.

Topographische Anatomie und Operationen.

Physiologie.

Materia Medica und Therapeutik.

Die zweite Serie besteht aus folgenden Fächern:

Medicinische Klinik.

Chirurgische Klinik.

Geburtshülfe und gynäcologische Klinik.

Die These behandelt einen vom Candidaten zu wählenden Gegenstand und besteht aus einer Dissertation und Propositionen (Thesen) aus allen Lehrfächern der Facultät (s. oben).

(Nach bestandenem Examen wird die Berechtigung zur Praxis durch einen reglementarischen Zusatz auf den eingereichten Diplomen bestätigt; ein eigentliches Diplom wird nicht ertheilt.)

Die Examen können beliebig oft wiederholt werden.

Lehrer ausländischer, staatlich anerkannter Institute und Verfasser bedeutender Werke können ohne Examen und ohne Bezahlung irgend einer Gebühr ihre Profession ausüben, wenn sie sich auf dem Wege gesandtschaftlicher oder consularischer Bestätigung genügend darüber ausweisen.

(Ein sehr dehnbarer Paragraph, der persönlicher Begünstigung Thür und Thor öffnet.)

Die Examen dürfen nicht mit Hülfe eines Uebersetzers gemacht werden und die Examinatoren sind nicht gehalten, in einer Sprache, die ihnen nicht geläufig ist, zu examiniren.

(Die Folge dieser Bestimmung ist, dass ausser der portugiesischen Sprache auch die französische zur Verwendung kommen kann, denn gut gebildete Brasilianer sprechen fast ausnahmslos geläufig und gut französisch. Speciell die Mediciner sind darauf angewiesen, aus französischen Lehrbüchern zu studiren, da die portugiesische medicinische Literatur eine sehr beschränkte ist. Auf Verwendung der deutschen oder englischen Sprache lässt sich in keiner Weise rechnen. Indessen trifft man unter den jüngeren Medicinern einige, die deutsch, und oft auffallend gut, sprechen, wie sich denn der Brasilianer durch Sprachtalent auszeichnet.)

Einige Kenntniss der Landessprache ist beim Examen kaum zu entbehren; wenn auch fremde Candidaten oft ein herzlich schlechtes Portugiesisch sprechen oder schreiben, so wird ihnen das nicht verübelt. Correctes Erlernen der portugiesischen Sprache ist übrigens mit ziemlichen Schwierigkeiten verknüpft und nicht viele Fremde bringen es dazu. Denn erstens ist Aussprache und Orthographie grossen Schwankungen und vieler Willkür unterworfen und dann kann man die feine Sprache nur von ganz Gebildeten erlernen. Damit läuft man aber wieder Gefahr, sich mit ungebildeten Leuten, Dienstboten, Negern etc. nicht verständigen zu können. Was es für eine Mühe ist, aus einem Negersclaven, der nicht einmal sein Alter weiss, eine noch so rudimentäre Anamnese herauszupressen, überlasse ich der Phantasie meiner Collegen, sich auszumalen; wenn man aber selbst Mühe hat, sich auszudrücken und, nach einer Viertelstunde Zeit für Krankenexamen und -Untersuchung, eine Arbeit schreiben soll, dann braucht es sicher keine subcutane Pilocarpininjection, um einen schwitzen zu machen, selbst wenn der Thermometer zufällig nicht über 30° C. zeigen sollte.

Nachdem ich das Wichtigste aus den Bestimmungen mitgetheilt, will ich dieselben aus meiner persönlichen Erfahrung ergänzen und commentiren.

Die Examen der ersten Serie sind sämmtlich schriftlich, mündlich und practisch; die letztere Prüfung besteht im Anfertigen von Präparaten, Ausführen von Operationen und Anstellen von Versuchen. Die Aufgaben werden aus einer Urne gezogen. Da die Examen alle öffentlich sind, fehlt es nicht an zahlreichen Zuhörern.

In der zweiten Serie wird je ein Krankheitsfall zur schriftlichen Bearbeitung angewiesen und ein zweiter den mündlichen Examen zu Grunde gelegt. Für erstere wurde uns die Zeit sehr knapp bemessen, nämlich 15 Minuten zur Untersuchung und 45 Minuten zum Schreiben.

Die Dissertation muss in portugiesischer Sprache geschrieben sein; eine frühere, selbstgemachte Arbeit zu verwenden, ist nicht untersagt. Die Uebersetzung macht grosse Schwierigkeiten, da man von professionellen Uebersetzern für theures Geld ganz ungenügende Uebersetzungen erhält und Fachmänner eine solche Arbeit nur aus Gefälligkeit oder gegen ganz unerschwingliche Entschädigung thun. Ich habe meine These mit Hülfe

eines Laien selbst übersetzt und dann von einem befreundeten brasilianischen Collegen corrigiren lassen und bin so noch ziemlich gut davon gekommen.

Die hiesigen Dissertationen stehen nicht auf der Höhe der in der Schweiz gemachten; sie enthalten wenig selbstständige Arbeit und sind oft grösstentheils Compilationen. Es ist nicht einmal gerathen, ein sehr specielles oder ganz modernes Thema zu wählen, ebenso darf man nicht vergessen, dass deutsche Autoren und deutsche Anschauungen hier, wo man ganz der französischen Medicin folgt, wenig Anklang finden.

Die Auswahl der Thesen aus den einzelnen Fächern muss sich auf möglichst selbstverständliche Sätze erstrecken, ein Princip, an das sich die hiesigen Studenten wohl zu halten wissen, während der Fremde sich aus Scheu davor leicht in Verlegenheit bringt. Denn, wie kann man beweisen, wenn einem die bekanntesten Thatsachen geläugnet werden? und wozu nützt das Discutiren, wenn der Candidat doch immer Unrecht hat? Dass man häufig längst veralteten Anschauungen begegnet, ist am Ende kein Wunder, aber was soll man dazu sagen, wenn das so häufige Zusammentreffen von Hysterie und Genitalleiden oder die Existenz einer nicht fieberhaften (chronischen) Metritis einfach geläugnet wird, oder wenn ein Examinator (der in Deutschland gereist ist) das Bilden einer Periostmanschette bei einer Amputation als ein unverzeihliches Vorgehen stempelt, welches die schlimmste Periostitis nach sich ziehen müsse?

Als Curiosität sei hier noch erwähnt, dass eine Conditio sine qua non einer reglementarischen Dissertation darin besteht, dass 5—6 Aphorismen des Hippokrates in lateinischer Sprache angehängt sind. So erscheint auch der hier gebildete Arzt bei der Promotionsfeierlichkeit in Barett und Talar und leistet einen Eid auf die Aphorismen des Hippokrates, die zu diesem Zwecke in besonders schön gedruckten und gebundenen Exemplaren zu haben sind.

Ist die Dissertation genehmigt, so muss sie gedruckt und 112 Exemplare davon abgegeben werden. Der Druck kostet 2½—3 Mal so viel wie in Europa.

Wie man sieht, ist dieses Examen keine so einfache Sache, sondern erfordert einen bedeutenden Aufwand an Arbeit, Geld und Zeit. Ich hatte vom Tage meiner Anmeldung bis zur Rückgabe meiner Papiere gerade drei Monate zu warten. Fremde müssen sich klar darüber sein, dass das Leben in der Hauptstadt gut dreimal so theuer ist, wie in der Schweiz. Dazu kommt noch die Hitze, die dieses Jahr bis auf 36° stieg, und die Gefahr des gelben Fiebers, welche in letzterer Zeit glücklicherweise äusserst gering war. (Beiden Unannehmlichkeiten kann man später durch passende Wahl seines Aufenthaltes aus dem Wege gehen.)

Früher waren die Examen freilich viel leichter und konnten in kürzester Zeit abgethan werden. Deswegen kamen auch viele Fremde mit der zweifelhaftesten medicinischen Bildung und gestützt auf Doctordiplome zweifelhaften Ursprungs, um hier das Glück zu suchen, das sie anderswo nicht gefunden. Dass diese Industrieritter eben nicht dazu beitrugen, die Abneigung gegen die Ausländer zu verringern, kann man sich denken. (Ueberhaupt ist diese letztere nicht ganz unmotivirt, denn die Brasilianer haben genug bittere Erfahrungen mit Ausländern gemacht und ihre liebenswürdige Zuvorkommenheit ist nur zu oft missbraucht worden.) Dass diesem Unfug gesteuert wurde, war nicht mehr wie billig und wenn auch die Forderungen der Durchschnittsbildung der hiesigen Aerzte gegenüber sehr hoch gegriffen erscheinen, so darf man nicht vergessen, dass auch in Europa dem Arzte das Practiciren in fremden Ländern sehr schwer gemacht wird. Strenge Gerechtigkeit in Forderung und Beurtheilung ist Alles, was man verlangen kann und dass in der Beziehung das sociale Leben in Brasilien zahlreiche wunde Puncte zeigt, habe ich schon oben berührt.

Der fremde Arzt, der in Brasilien eine Zukunft sucht, muss einen beträchtlichen Aufwand von Capital und Zeit nicht scheuen. Kenntniss der französischen Sprache und Vertrautheit mit der französischen Medicin sind sehr wünschenswerth. Eine tüchtige europäische Bildung pflegt mit der Zeit durchzudringen, doch geht es da, wo vielfache Concurrenz ist, oft schwer genug.

Schwindel und Reclame wuchern hier in einer Weise, von der man sich in Ländern deutscher Zunge keinen Begriff machen kann. Die Standesehre wird so wenig gewahrt, dass alle Polemiken in öffentlichen Blättern abgemacht werden und sich mancher College nicht scheut, einen andern anzuklagen, diesen oder jenen Patienten vor der Zeit in den

Orcus spedirt zu haben. Discussionen über Steinschnitte, Hydrocelen und Mastdarmfisteln verfehlen nicht, das Interesse des Publicums zu erwecken und, da ärmere Patienten ihr Honorar häufig in Form eines Dank- oder Reclameartikels abtragen, kann man im Tagblatt lesen, wie dieser oder jener sich mit voller Namensunterschrift bei einem Arzte bedankt, weil er ihn selbst von einer Urethralstrictur oder seine Frau von Uterusgeschwüren befreit hat. Eine bekannte Thatsache ist, dass viele Aerzte von den Apothekern für ihre Recepte eine Tantième der Einnahmen acceptiren und ihre Vorschriften demgemäss einrichten.

Fremde Aerzte, die diesem Treiben ferne stehen, machen in den Städten ihren Weg nur langsam. Doch sind die Leistungen gut honorirt und man kann mit einer viel kleineren Praxis leben, wie drüben, obgleich das Leben viel theurer ist. Alles Neue und Modische findet grossen Anklang und Specialitäten können sehr lucrativ werden. Brasilianische Aerzte befolgen meist das Princip der Progressivsteuer und namentlich im Innern kennt ihre Unverfrorenheit oft keine Grenze. Da ein Tarif nicht existirt und sie in gerichtlichen Fällen fast regelmässig Recht bekommen, so ist das Publicum dieser Ausbeutung gegenüber fast wehrlos. Ich riskire, keinen Glauben zu finden, wenn ich sage, dass für kleine operative Eingriffe, wie ein Aderlass oder eine Aetzung eines Uterusgeschwürs oder eine Abwesenheit von einem Tage von ganz unbedeutenden Aerzten Tausende von Franken verlangt werden, wenn sie glauben, dass der Patient bezahlen kann — und doch kenne ich zahlreiche Beispiele davon.

Während sich's in grösseren Städten sehr angenehm lebt, bringt das Leben im Innern zahlreiche Entbehrungen mit sich. Doch findet sich in der Schönheit der Natur mancher Ersatz dafür und wer es zu einer gehörigen Praxis bringt, erwirbt sich viel schneller ein Vermögen, wie in Europa. Die Einnahmen variiren nach den Gegenden, wie der Werth des Geldes, der bald gering, wie in manchen Kaffeegegenden, bald sehr hoch, wie in manchen deutschen Colonien im Süden ist.

Wer in Brasilien keine besonderen Anknüpfungspuncte hat, überlege sich wohl, ob er nicht anderswo in der Fremde bessere Aussichten findet.

Im Ganzen sind für die Fremden in Brasilien die schönen Tage von Aranjuez vorüber und dies gilt auch für die Aerzte. Doch finden sich für energische und anpassungsfähige Naturen noch Wirkungskreise genug, wo sie nicht nur Gelegenheit, der Menschheit zu nützen, sondern auch die materielle Belohnung ihrer Leistungen reichlich finden können.

Rio de Janeiro, Rua da Princeza Imperial Nr. 33. Dr. *A. Lutz.*

Wochenbericht.

Schweiz.

Basel. Neubau der Irrenanstalt. Schon 1850 klagte Prof. *Brenner* sel. in seinen Berichten an die Spitalbehörde, dass die Irrenanstalt überfüllt sei und dass diese Ueberfüllung die Erfüllung ihrer Aufgaben wesentlich beeinträchtige. Der mittlere Krankenstand der Anstalt war auf 43,3 gestiegen, während die Anstalt nur zur Aufnahme von 40 Kranken ursprünglich bestimmt war. Es wurde dann 1855 das Versorgungshaus zur Aufnahme abgelaufener und dabei ruhiger geistiger Krankheitsfälle, von Epileptischen und Idioten eröffnet, um der Heilanstalt mehr Raum für frische Fälle von Irrsein zu verschaffen. 1860 traten die alten Klagen wieder auf und führten zu verschiedenen Vorschlägen der Abhülfe, ja selbst zum Projecte des Neubaus einer Irrenanstalt. Wieder sind 20 Jahre verflossen, der Durchschnittsbestand der Kranken der Irrenanstalt ist auf 61—63 gestiegen, von Neuem und dringlicher machten sich die Klagen über den Stand unseres Irrenwesens und unserer Irrenpflege geltend.

Endlich können wir dankbar es constatiren, dass diese Angelegenheit aus dem Bereiche der Klagen und Besprechungen in's Gebiet der Thatsachen getreten ist.

Im Frühjahre 1881 ertheilte der Grosse Rath auf Antrag des Herrn Dr. *Barth* der h. Regierung Auftrag, weitere Schritte in dieser Sache zu thun und im Frühjahre 1882 darüber Bericht zu erstatten. In letzter Zeit ist nun ein Vertrag zwischen dem Sanitätsdepartement und dem Spitalpflegamte abgeschlossen worden, wornach der Staat das Irren-

wesen übernimmt und für die Irrenpflege sorgt, wogegen das Spital dem Staate eine Summe von Fr. 300,000 zahlt und 20 Jucharten Land auf seinem Gute „Milchsuppe" zum Zwecke des Neubaus einer Irrenanstalt unentgeltlich abtritt. Es ist diese Förderung der Sache vor Allem der Energie unseres Sanitätsdirectors, Herrn Reg.-Rath Klein, zu verdanken, dem das Präsidium des Pflegamtes mit nicht hoch genug anzuerkennendem Wohlwollen für die Sache entgegenkam.

Wenn nun auch dieser Stand der Sache eine günstige Aufnahme des Projects des Neubaus einer Irrenanstalt von Seiten unseres Grossen Raths in Aussicht stellen musste, so hätte die Geldfrage dasselbe auch jetzt noch gewiss in seiner Ausführung sehr beeinflusst und wohl auch beeinträchtigt. Der Gedanke, nur eine Anstalt für 120 Kranke vor der Hand zu bauen, wie wohl gemeint er war, musste grosses Bedenken hervorrufen. Rechtzeitig hat nun eine mächtige Hand eingegriffen, um die Angelegenheit in die richtige Bahn bringen zu helfen.

Frau Margaretha Merian-Burckhardt, die schon so Grosses für ihre Vaterstadt geleistet hatte, stellt dem Staate ein Capital von 400,000 Franken schenkweise zum Bau der neuen Anstalt zur Verfügung.

Wir dürfen bei dieser Gestaltung der Dinge erwarten, dass der Grosse Rath den Antrag der h. Regierung noch in diesem Frühjahre gutheissen wird, nicht nur eine Irrenanstalt überhaupt, sondern eine solche zu bauen, die für eine längere Zeit und in der richtigen, dem Standpuncte der Psychiatrie der Gegenwart entsprechenden Weise den Bedürfnissen abhilft.

Möge es auch an dieser Stelle gestattet sein, der hochherzigen Geberin den tiefgefühlten Dank zu bezeugen!

Als weiteren Schritt zur thatsächlichen Lösung der Sache begrüssen wir die von Seiten unserer Sanitätsbehörden erfolgte Wahl einer doppelten Commission, von der die eine unter dem Präsidium des Herrn Reg.-Rath Klein die Organisation, die andere unter dem des Herrn Staatsschreiber Göttisheim den Bau der neuen Anstalt vorzuberathen und vorzubereiten hat. Ihre Zusammensetzung verbürgt eine glückliche und rasche Lösung ihrer Aufgaben. Wir dürfen uns bei dieser Sachlage der Hoffnung hingeben, dass im nächsten Jahre mit dem Bau der Anstalt begonnen werden kann, und Basel damit auch in Bezug auf das Irrenwesen und die Irrenpflege den Rang innerhalb der schweizerischen Erde einnehmen wird, der ihm in Hinsicht seiner sonstigen Stellung bezüglich humaner und wissenschaftlicher Bestrebungen und Ausführungen gebührt!

— **Ergotin Nienhaus.** Der subcutanen Anwendung des Ergotin stund bekanntlich früher die stark reizende Nebenwirkung in unangenehmer Weise im Wege. Heftiger Schmerz und Abscesse waren sehr häufig. Ebenso fatal war die unsichere Wirkung der Präparate, welchen die constante Gleichheit fehlte.

Ganz wesentlich besser war das Ergotin Bombelon (von Apotheker Bombelon in Neuenahr), welches denn auch in neuerer Zeit ausschliesslich zur Injection, von Vielen trotz seines hohen Preises auch intern verwendet wurde. Es machte keine Abscesse und weniger Schmerz. Dabei war seine Wirkung gut und gleichmässig.

Herrn Apotheker Nienhaus in Basel ist es nun nach längern Versuchen gelungen, ein Ergotin (im Handel als Ergotin Nienhaus ausgegeben) herzustellen, das allen Wünschen gerecht wird.

Dünnflüssig, haltbar, sorgfältig hergestellt und chemisch geprüft, ist seine physiologische Wirkung eine kräftige und prompte. Der Schmerz ist unbedeutend; Abscesse habe ich nie, Zellgewebsindurationen nur vorübergehend beobachtet.

Ich habe bis jetzt ungefähr 60 subcutane Injectionen von je einem Gramm (in ungefähr der Hälfte der Fälle mit 0,005—0,01 Morph. muriat.) gemacht und zwar zum grössten Theil im Wochenbett, nach Geburten und Aborten; in einem Falle von Endometritis puerperalis diphtheritica nach ausgiebigem Raclement und Cauterisation mit Ac. carb. cryst. spritzte ich wegen hochgradiger Atonie des Uterus in 7 Tagen unter 8 Malen zusammen 8 grmm. ein: der Effect war günstig, kein Abscess (Eisblase).

Wir möchten die Collegen zu eigenen Versuchen einladen. Von der geburtshülflichen Klinik in Basel liegen schon sehr günstige Resultate vor.

A. Baader.



Ausland.

— **Jodoform.** (Fortsetzung.) 3) Das Jodoform ist für alle Arten von Wunden das sicherste Antisepticum, da es in Folge seiner schweren Löslichkeit lange liegen bleibt und dauernd antiseptisch wirkt.

4) In mässiger Menge angewendet, ist das Jodoform trotz der Resorption unschädlich, oft sogar von günstiger allgemeiner Wirkung auf den Organismus.

5) Ausser der Beförderung der Granulation wirkt es günstig durch die Abhaltung septischer Complicationen und des Wundschmerzes.

6) Der Wundverlauf ist unter dem Jodoformverbande meist ein ganz afebriler oder es tritt nur in den ersten Tagen ein aseptisches Fieber auf.

7) Jodoformpulver verhindert die prima intentio nicht.

8) Die Sorge für Ableitung der Wundsecrete darf nicht unterlassen werden. Das einfache Durchtreten der Wundsecrete durch den Verband indicirt noch keinen Wechsel des letztern, wohl aber geschieht dies durch allfällige Temperatursteigerungen.

9) Erysipele treten selten unter dem Jodoformverbande auf (nach Andern sogar recht häufig!).

10) Die Anwendung anderweitiger Desinficientia ist unnöthig, dagegen müssen Hände, Instrumente und Schwämme unbedingt desinficirt werden wie sonst.

11) Unter allen Umständen ist der Jodoformverband der dauerhafteste, sicherste, einfachste und billigste antiseptische Wundverband.

12) Das J. gestattet die Verwendung der Antisepsis auch an Körperstellen (Mund, Mastdarm, Scheide, Blase), wo sich derselben bisher unüberwindliche Schwierigkeiten entgegenstellten.

Doch kaum sind die Jubelfanfaren zum Preise dieser neuen chirurgischen Panacee verklungen, so lassen sich auch schon von allen Seiten her absprechende und warnende Stimmen hören. Es sei hier vor Allem *Schede* in Hamburg erwähnt, welcher in Nr. 3 des Centralbl. f. Chir. 1882 eindringlich vor dem blinden Vertrauen auf das Jodoform und seine behauptete Unschädlichkeit warnt. „Erfahrungen der traurigsten Art haben mich in dem J. einen Körper kennen gelehrt, dessen ausgiebiger Contact mit Wunden zwar von zahlreichen Individuen ohne Nachtheil ertragen wird, welches aber auf einzelne Menschen einen höchst deletären Einfluss ausübt.“ Diese Idiosyncrasie ist um so gefährlicher, als sie sich durch keine besonderen Kennzeichen bei den betr. Personen vorher manifestirt, anderseits die giftige Wirkung in vielen Fällen eine cumulative zu sein scheint, so dass die Vergiftungssymptome plötzlich in heftigster Weise auftreten können und auch die sofortige Aussetzung des Mittels den tödtlichen Ausgang nicht mehr abzuwenden vermag.

Schede's Beobachtungen, an mehreren Hunderten von Fällen gesammelt, lassen ihn zu folgenden Resultaten gelangen:

1) Leichtere Störungen des Allgemeinbefindens durch Jodoformresorption sind ausserordentlich häufig, am gewöhnlichsten als oft sehr beträchtliche mehrtägige Temperatursteigerungen, sog. aseptisches Fieber.

2) In einer andern Reihe von Fällen stellen sich mit oder ohne Fieber allgemeines Unbehagen, psychische Depression, Kopfschmerz, Appetitlosigkeit ein. Der Puls ist dabei frequent, weich und klein. Diese Symptome schwinden meist sofort nach dem Weglassen des J.

3) Mit oder ohne Fieber wird die Pulsfrequenz zuweilen eine enorme, bis zu 180. In diesen Fällen ist selbst bei leidlichem Allgemeinbefinden die Vergiftungsgefahr imminent und die schleunigste Entfernung jeder Spur von J. dringend geboten. Dieser Zustand kann sowohl sofort nach dem ersten Verband als auch nach wochenlanger Jodoformanwendung eintreten.

4) Diese enorme Pulsfrequenz ist in anderen Fällen von einer entsprechenden Temperaturerhöhung begleitet. Zum Unterschiede von Septicämie fehlt dabei die Benommenheit, der Wundverlauf zeigt keine Störung, die Zunge ist roth und feucht und der allfällige Sectionsbefund ganz negativ.

5) In seltenen Fällen führt die Jodoformausfüllung der Wunden zu rasch tödtlichem Collaps innerhalb der ersten Stunden nach der Operation.

6) Die häufigste und gefährlichste Form der Jodoformintoxication bilden Störungen

der Gehirnthätigkeit, theils unter dem Bilde der acuten Meningitis, theils unter dem wirklicher Psychosen. Erstere Form scheint mehr die dem kindlichen Alter eigenthümliche zu sein; Fieber kann bei dieser Meningitis ähnlichen Jodoformintoxication bis zum Exitus vollständig fehlen. Auch diese Gefahr kann noch wochenlang nach Beginn der Jodoformbehandlung sich einstellen, selbst nach blosser Einführung von Jodoformbacillen in Fisteln. — Die Geistesstörungen treten am häufigsten als schwere und schwerste Formen von Melancholie auf, entweder als Zustände enormer Erregung und furchtbarer Angst oder von vorn herein unter dem Bilde tiefster psychischer Depression, wobei der Tod in Folge von Nahrungsverweigerung eintritt. *Sch.* hat von beiden Formen 5 Fälle gesehen und glaubt über ihre Ursache kaum im Zweifel sein zu dürfen.

Die polymorphe Natur dieser durch das Jodoform hervorgerufenen Zustände macht ihre Erkennung und Deutung natürlich besonders schwierig und es fordert daher Prof. *König* mit Recht zu allseitigster Publication solcher Beobachtungen auf.

Schede hält das Ausfüllen grösserer frischer Wunden mit J. für ganz unstatthaft, besonders da das so applicirte Mittel sich bei Eintritt der Gefahr kaum mehr ganz entfernen lässt. Aber selbst die Application sehr geringer Jodoformmengen kann, wie beobachtet wurde, sehr gefährlich werden. Doch hofft *Sch.*, dass die Jodoformgaze bei gleicher günstiger antiseptischer Wirkung sich weniger gefährlich erweisen werde. Nach *Sch.* schützt das J. noch viel weniger als das Carbol vor Wunderysipel. Er sah unter Jodoformverband Wundrosen schwerster Art von denkbar günstigst aussehenden flachen Wunden ausgehen.

Aehnliche Erfahrungen bei der Jodoformbehandlung sind, wie man hört, auch schon auf schweizerischen Kliniken (z. B. in Basel) gemacht und damit dem mit so viel Emphase empfohlenen chirurgischen Universalheilmittel bereits eine empfindliche, aber gewiss im Interesse der Kranken äusserst wünschenswerthe Beschränkung auferlegt worden.

Nach den vorliegenden Berichten und Referaten zu schliessen, muss vor Allem vor einer ausgedehnten Anwendung des Jodoforms als Pulver bei Kindern und älteren Personen, sowie vor der Ausfüllung grösserer frischer Wunden mit beträchtlichén Jodoformmengen dringend gewarnt werden. Abgesehen von den zum Glück nur vereinzelt vorkommenden, aber eben niemals vorauszusehenden Fällen von wirklicher Jodoformidiosyncrasie mit ihren mannigfaltigen Erscheinungen, scheint das in den Wunden vorhandene Jodoformpulver eben doch öfters die primäre Vereinigung zu hindern, zu Secretverhaltung und dadurch zu Wunderysipel und zu Phlegmonen Anlass zu geben, Zustände, welche Dank dem unübertrefflichen *Lister*'schen Verbande bereits als sehr seltene Vorkommnisse auf chirurgischen Abtheilungen galten. An Stelle der Verwendung des Jodoformpulvers wäre daher jedenfalls die Jodoformgaze zu setzen, bei deren Anwendung, wie es scheint, noch keine Vergiftungen vorgekommen sind. Die leichte Herstellung dieser Gaze durch jeden Arzt oder Apotheker fordert entschieden zu Versuchen in dieser Richtung auf. Das J. selbst wird, namentlich in Anbetracht seiner nicht zu läugnenden brillanten Eigenschaften bei Behandlung scrofulöser Knochen- und Gelenkleiden, wohl nicht so bald vollständig bei Seite geworfen werden, allein es muss unbedingt eine sicherere, gefahrlosere Art seiner Verwendung gefunden werden, wenn nicht das Leben von Hunderten von Kranken täglich auf's Spiel gesetzt werden soll. Dr. *A. W. Münch.*

(Fortsetzung folgt.)

Deutschland. Rhenser Mineralquelle. Zu Rhens, bei Coblenz am Rhein, ist eine längst bekannte Mineralquelle neu gefasst und durch zweckmässige Einrichtung zu grösserem Versandt hergerichtet worden. Prof. *F. Mohr* in Bonn, einer der ersten deutschen Analytiker, fand in 10,000 grmm. des an der Quelle selbst gefüllten Wassers an festen Bestandtheilen: Chlornatrium 12,657 grmm., schwefelsaures Natron 9,585, kohlensaures Natron 7,102, kohlensaurer Kalk 3,400, kohlensaure Bittererde 2,646, Eisenoxyd 0,023, Kieselerde 0,160 grmm., Kali eine Spur. Summa 35,573 grmm.

In Betreff der Kohlensäure ist zu bemerken, dass das Wasser vollkommen damit gesättigt ist. Bei der sehr niederen Temperatur der Quelle von 8,4° R. (Selters hat 12,5° R., Apollinaris 15—22° R.) enthält es die höchste Menge Kohlensäure, welche ein natürliches Wasser enthalten kann.

Seiner ganzen Zusammensetzung nach gehört das Rhenser Mineralwasser zu den besten alcalischen Quellen des Rheinlandes. Die vollständige Sättigung mit Kohlensäure

theilt es mit Selters, Fachingen, Geilnau und anderen, dagegen haben die anderen festen Bestandtheile ein so günstiges Verhältniss, dass es dadurch vor den meisten Vorzüge hat.

Den kräftigen, erquickenden Geschmack verdankt es neben der Kohlensäure seinem ansehnlichen Gehalte an Kochsalz, dem auch Selters seine Güte verdankt. Dagegen übertrifft es dieses an Glaubersalz und erreicht es an Bittererde.

In Betreff der Summe der fixen Bestandtheile (35,57) steht das Rhenser Mineralwasser fast über sämmtlichen benachbarten Mineralquellen ähnlicher Natur, insbesondere über Selters (34,59) und Apollinaris (25,52), ohne jedoch diejenige Grenze der festen Bestandtheile zu überschreiten, wo noch ein täglicher und reichlicher Genuss ohne Nachtheil ist.

Die Analyse wurde von *J. v. Liebig* und von Prof. *Mulder* (Utrecht) bestätigt.

Hell und klar von Farbe, verbindet das Wasser mit einem vollen erfrischenden Geschmack noch einen besonderen Vorzug: die äusserst geringe Beimischung von organischen Stoffen. In der Summe der festen Bestandtheile dem Selterswasser gleich, zeichnet es sich vor diesem durch die günstigere Zusammensetzung der Salze und grössere Frische aus; leicht verdaulich, vereinigt es in sich alle Vorzüge eines trefflichen diätetischen Getränkes.

Im Vergleich zu den als Tafelgetränken bisher am meisten bevorzugten Mineralwässern, dem Selters- und Apollinariswasser, ergibt sich bezüglich der festen Bestandtheile folgendes Resultat:

	I. Apollinaris.	II. Selters.	III. Rhens.
Kochsalz	4,66	21,21	12,657
Glaubersalz	3,00	0,32	9,585
Kohlensaures Natron	12.57	7,62	7,102
Kohlensaurer Kalk	0,59	2,43	3,400
Kohlensaure Magnesia	4,22	2,43	2,646
Eisenoxyd	0,20	0,14	0,023
Kieselerde	0,08	0,25	0,160
Kali	eine Spur	0,19	eine Spur
Summa	25,52	34,59	35,57

Die Mischungsverhältnisse der festen Bestandtheile des Rhenser Wassers sind also sehr günstig.

Da Viele die künstlichen Mineralwässer wegen des grössern Kohlensäuregehaltes den natürlichen vorziehen, hat der Versender des Rhenserwassers eine doppeltkohlensaure Füllung eingeführt, indem er die der Quelle entströmenden Gase sammelt und durch eine besondere Vorrichtung dem natürlichen Mineralwasser wieder zuführt.

Was den Werth des Rhenser Mineralwassers noch erhöht, ist neben seinem Wohlgeschmacke und seiner leichten Verdaulichkeit seine aussergewöhnliche Haltbarkeit. Es hält sich in gut verschlossenen Krügen unverändert Jahre lang und hat sich für den Export, auch nach den Tropen, vorzüglich bewährt. Es ist dies ein Beweis, dass das Rhenser Mineralwasser die höhern Grade der Hitze leicht verträgt.

Die Versendung des Rhenser Mineralwassers erfolgt in ganzen und halben Krügen und Flaschen. Die Krüge im Gehalte von nahezu 1 resp. 1/2 Liter enthalten, sofern nicht ein Zusatz von Kohlensäure ausdrücklich begehrt wird, nur den dem Wasser von Natur innewohnenden Grad von Kohlensäure, die Flaschen dagegen ausschliesslich doppeltkohlensaure Füllung.

Der Literkrug kostet im Detail (in Basel) nur 60 Cts.

Das Rhenser Wasser ist demnach vor Allem ein erfrischendes Getränk für Gesunde, namentlich zur heissen Jahreszeit und für Fieberkranke. Sodann löst es aber auch die Schleimabsonderungen der ersten Wege (Rachen, Magen, Darm, Bronchien) und befördert so die Secretion des Verdauungs- und des Respirationstractes; daneben regt es in angenehmer Weise die Verdauung an.

— **Neue Quelle.** In Kronthal im Taunus ist seitens des Quelleninhabers, Herrn August Thiemann, eine neue Mineralquelle erschlossen worden. — Nach den vorläufigen Ermittelungen sind alle Vorbedingungen vorhanden, die das neue Mineralwasser zu gleichen Zwecken wie das Niederselterser Wasser, direct von der Quelle gefüllt, als einen vorzüglichen Erfrischungstrunk erscheinen lassen. — Eisen ist fast nicht, dagegen

Kochsalz in geeigneter Menge vorhanden. Bei der niedrigen Temperatur von 8° R. ist in dem Mineralwasser, nach dessen Füllung auf Krüge, eine aussergewöhnliche Masse freier Kohlensäure enthalten, so dass die Möglichkeit einer Absetzung von mineralischen Stoffen auch nach stattgehabter Füllung der Gefässe als ausgeschlossen erscheint. — Der eine Brunnen hat einen vollkommen reinen Geschmack, bleibt auf Flaschen gefüllt krystallklar und soll ausschliesslich durch directe Füllung von der Quelle seine Verwendung finden. — Das neue Wasser soll unter der Bezeichnung Apollinis-Brunnen, Quelle Nr. 2 zum Versandt gelangen.

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 11. bis 25. März 1882.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Von Varicellen sind 8 Fälle angemeldet (14, 11, 3).

Von Scharlach sind 22 Erkrankungen angezeigt (26, 23, 17), zerstreut über die Stadt.

Typhus weist 8 neue Fälle auf (5, 2, 4), je 2 auf dem Nordwestplateau, im Birsigthale, in Kleinbasel und 2 von auswärts importirte.

Von Diphtherie und Croup sind 20 Fälle angezeigt (42, 10, 17), zerstreut über alle Districte.

Erysipelas 15 Fälle (18, 8, 7).

Parotitis 5 Fälle (16, 6).

Puerperalfieber 2 Erkrankungen, wovon 1 von auswärts importirt.

Bibliographisches.

12) *Quincke*, Dr. *H.*, Ueber die Wärmeregulation beim Murmelthier. Mit 1 Tafel. 21 S. Sep.-Abdr. a. d. Archiv f. experimentelle Pathologie und Pharmacologie.
13) *Recent Progress* in Surgery Report tho the Wisconsin State Medical Society by N. Senn M. D. of Milwaukee. Dissertation. 44 S. 8°. 1881. Milwaukee.
14) *Möbius*, Dr. *Paul Julius*, Ueber die primären chronischen Erkrankungen des willkürlichen Bewegungsapparates. 16 S. 8°. Leipzig, Georg Böhme.
15) *Bönig*, Dr. med. *H.*, Thatsachen zur Pocken- und Impffrage. 8°. 112 S. Leipzig, Breitkopf & Härtel.

Internationale Verbandstoff-Fabrik Schaffhausen.

Depots: **Zürich:** Ecke Bahnhofstrasse u. Kuttelgasse. **Basel:** 22 Theaterstrasse. **Bern:** J. L. Hug-Braun, Pension Mattenhof. **St. Gallen:** C. F. L. Hausmann z. Hechtapotheke.



Ergotin Nienhaus

für

subcutane Injectionen.

Sichere Wirkung, ohne Schmerz, ohne Reizung, ohne Abscess.

Dargestellt von **Casimir Nienhaus,** Apotheker in Basel.

1/1 Flacon von 26 Ccm. = ca. 30 Gr. Inhalt Fr. 6.—
1/2 „ „ 15 „ = ca. 17,5 „ „ „ 3.50

Dieses Präparat wird von den Herren **Professor Dr. J. J. Bischoff** und **Dr. A. Baader** in Basel jetzt ausschliesslich angewandt.

Depots in den Apotheken der Herren **Studer** in **Bern, H. Stern** in **Biel, Stein** in **St. Gallen, Schmidt** in **Montreux,** Apotheke **zum Hammerstein** in **Zürich, Lüdecke'sche** Apotheke in **Berlin, Dr. von Gartzen** in **Cöln, Kauert** in **Elberfeld, Scherer** in **Freiburg i. B., Dr. Wilh. Sick** in **Hamburg, Dr. Aschoff** in **Kreuznach, Ed. Gottschalk** in **Lübeck, Mellinghoff** in **Mülheim a. d. Ruhr, Heurich** in **Metz** für Lothringen und Luxemburg, **Jansen,** Via dei Fossi 10 in **Florenz** für Italien.

Nach Orten, wo keine Depots sind, werden Bestellungen durch die Post rasch effectuirt.

Verlag von **Breitkopf & Härtel** in Leipzig.

Einladung zum Abonnement auf die
VIII. Serie (Heft 211—240 umfassend)
der

Sammlung klinischer Vorträge

herausgegeben von **Rich. Volkmann** (Halle).

Subskriptionspreis für eine Serie von 30 Heften 15 M.
Preis jedes einzelnen Vortrags 75 Pf.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten an.

Bereits erschienen sind:

Nr. 211. Der Jodoform-Verband. Von **A. v. Mosetig-Moorhof.**
Nr. 212. Ueber die Ätiologie der Eclampsia puerperalis. Von **H. Halbertsma.**
Nr. 213. Ueber den Milzbrand. Von **C. Eberth.**
Nr. 214. Die Tuberkulose der Knochen und Gelenke und die Fortschritte in der Behandlung dieser Krankheit. Von **Fr. König.**
Nr. 215. Ueber die Punktion der Pleurahöhle und des Herzbeutels. Von **A. Fiedler.**

Ausführliche Prospekte gratis.

GERSAU.

460 Meter.

Hôtel & Pension Müller.

Climatische Station. Mildestes Clima mit absolut geschützter Lage gegen kalte Winde. Hôtel das ganze Jahr offen. **Frühlings-Saison begonnen.** Empfohlen für Brustkranke, Reconvalescenten, blutarme und nervöse Constitutionen.

Pensionspreise per Tag 6—10 Fr. nach Verhältniss der Zimmer, inbegriffen Kost und Logis, Bedienung und Beleuchtung.

Kurarzt Dr. Fassbind.

Möblirte Villa und Privatwohnungen.

J. Müller, Prop.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.
Soeben erschien:

Die Syphilis-Behandlung

ohne Quecksilber.

Eine neue abortive Methode

von Dr. **J. Edm. Güntz.**

1882. gr. 8. 1 Mark 50 Pf.

R. Steiger-Zoller,

Bern.

Grosses Lager in Medizinflaschen, rund, oval und viereckig, weiss und halbweiss, billigste Preise, Preiscourant franco zu Diensten.



ADMINISTRATION :

PARIS, 22, boulevard Montmartre.

GRANDE GRILLE. — Lymphatisch Leiden, Krankheiten der Versdauungsorgane, Verstopfung der Leber und der Milz, Eingeweide-Verstopfung, Steingalle u. s. w.

HOPITAL.—Leiden der Versdauungsorgane, Magenbeschwerden, schwere Verdauung, Appetitlosigkeit, Magenkrampf, Verdauungsschwæche.

CÉLESTINS. — Nieren-Leiden, Blasen-Harngries, Blasenstein-, Podagra-, Harnruhr- und Eiweissstoff-Leiden.

HAUTERIVE. — Nieren-, Blasen-, Harngries-, Harnruhr-, Podagra-, Blasenstein- und Eiweissstoff-Leiden.

[12314]

Es is darauf zu achten, dass der Name der Quelle sich auf der Kapsel befindet.

à Bâle chez E. Ramsperger.

VERLAG von F. C. W. VOGEL in LEIPZIG.

Leipzig, den 15. März 1882.

Soeben erschien:

v. Ziemssen's Allgemeine Therapie
III. BAND:
HANDBUCH
der
ELEKTROTHERAPIE
von
Dr. WILHELM ERB,
Professor an der Universität Leipzig.
I. HÄLFTE:
Allgemeiner Theil.
Mit 34 Holzschnitten.
gr. 8. 312 S. 1882. 6 Mark.

---

v. ZIEMSSEN'S
Specielle Pathologie und Therapie
IX. BAND. 1. Hälfte.
Dritte umgearbeitete Auflage.
Der
MORBUS BRIGHTII
von
Prof. Dr. E. Wagner in Leipzig.
gr. 8. 360 S. 1882. 7 Mark.

HERMANN'S
PHYSIOLOGIE
IV. BAND. 2. Theil:
Blutgase und Respiratorischer Gaswechsel
von
Prof. Dr. N. ZUNTZ in Berlin.
Athembewegungen und Innervation derselben, Thierische Wärme
von
Prof. Dr. J. ROSENTHAL in Erlangen.
Mit 52 Holzschnitten.
gr. 8. 475 S. 1882. 12 Mark.

N. PIROGOW.
Das
Kriegs-Sanitäts-Wesen
und die
Privathülfe
auf dem Kriegsschauplatz in Bulgarien
und
im Rücken der operirenden Armee
1877—1878.
Aus dem Russischen
von
Dr. W. ROTH, k. s. Generalarzt I. Cl.
Dr. A. SCHMIDT, k. russ. Staatsrath.
Mit 1 Kriegskarte.
gr. 8. 600 S. 1882. 16 Mark.

Biologische
UNTERSUCHUNGEN
herausgegeben von
Prof. Dr. Gustav Retzius
in Stockholm.
Jahrgang 1881.
Mit 14 Tafeln. 4. 1882. 12 Mark.

UNTERSUCHUNGEN
über die
Grösse und das Gewicht
der
anatomischen Bestandtheile
des Menschlichen Körpers
im gesunden und im kranken Zustande
von
Prof. Dr. A. Thoma in Heidelberg.
Mit 10 Holzschn. gr. 8. 292 S. 1882. 8 Mark.

Zur Anatomie und Physiologie
der
Quergestreiften Muskelsubstanz
von
Prof. Dr. Otto Nasse in Rostock.
Mit 1 Tafel. gr. 8. 112 S. 1882. 3 Mark.

Illustrirter Medicinischer Verlagskatalog 1882 gratis.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die zweisp. Zeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N° 8. XII. Jahrg. 1882. 15. April.

Original-Arbeiten.

Die Indicationen zur Kropfexstirpation beim gegenwärtigen Stande der Antisepsis.

Von Prof. Dr. **Theodor Kocher** in Bern. [1])

Die Geschichte der Kropfexstirpation reicht verhältnissmässig nicht viel weiter zurück, als die Geschichte der Ovariotomie. *Süskind* [2]) hat in einer unter *Bruns*' Direction ausgearbeiteten Dissertation eine sorgfältige geschichtliche Zusammenstellung geliefert. Er zeigt, dass schon bei *Celsus* der Operation Erwähnung geschieht und dass später vereinzelte Exstirpationen von Zeit zu Zeit einmal unternommen worden sind. Eine Reihe von Citaten aus dem Ende des vorigen und Anfangs dieses Jahrhunderts von Autoren verschiedener Nationalität zeigt aber, wie wenig die Operation eine anerkannte gewesen ist. Sie wurde nicht nur von den namhaftesten Chirurgen, sondern auch von medicinischen Körperschaften als unzulässig verurtheilt. Nur *Velpeau* (Eléments de médecine opératoire 1835) hatte die Zuversicht, dass gegenüber der allgemeinen Proscription der Kropfexcision bald eine andere Beurtheilung die Oberhand gewinnen werde.

Jener Standpunct hat bis zum Beginn der zweiten Hälfte unseres Jahrhunderts keine bedeutende Aenderung erfahren.

Noch *Dieffenbach* gedenkt in seiner „Operativen Chirurgie“ nur mit Schaudern der tollkühnen Operation grosser, harter oder selbst skirrhöser Kröpfe im Jahre 1848.

Süskind konnte in der ihm zugänglichen französischen Literatur nur 15 Fälle von Kropfexstirpation vor 1850 zusammenfinden, in der englischen 13, in Amerika 7—8, in der deutschen zwischen 20—30 Fälle.

---

[1]) Die statistischen Tabellen mussten leider aus Mangel an Raum weggelassen werden, finden sich aber demnächst in extenso bei Publication der Arbeit in der Sammlung klinischer Vorträge von Prof. *Volkmann*, dessen freundliches Entgegenkommen wir bestens verdanken. Redact.

[2]) Tübingen 1877.

Nach den gütigen Mittheilungen von Prof. *Rud. Demme* hat sein Vater als Director der chirurgischen Klinik in Bern von 1835—1860 7 Struma-Exstirpationen mit 2 Todesfällen ausgeführt.

Wenn also auch die Zahl der bis Mitte unseres Jahrhunderts gemachten Operationen, welche *Günther* auf 37 angibt, ungefähr zu verdoppeln ist, so ist es doch ein glänzender Beweis von dem Aufschwung der operativen Chirurgie, dass *Süskind* in der Zeit von 1850—1877 schon 118 neue Fälle tabellarisch zusammenzustellen vermochte.

So gut wie bei der Ovariotomie ist es zunächst die verbesserte Technik der Kropfexstirpation gewesen, welche dieselbe wieder zu Ehren brachte. Allein während bei der Ovariotomie, bewusst und unbewusst, die Verbesserung der technischen Maassnahmen auf dem Gebiete der Antisepsis sich vorwärts bewegte und es *Spencer Wells* gelang, durch minutiöse Verhütung einer Verunreinigung der Bauchhöhle schon glänzende Resultate zu erzielen, war für die Kropfexstirpation die erste Schwierigkeit, welche zu überwinden war, diejenige der unmittelbaren Lebensgefahr durch Verblutung. Dies geht zur Evidenz aus den Schriften der bedeutendsten Chirurgen unseres Jahrhunderts hervor: Man vermochte die Blutung nicht mit Sicherheit zu beherrschen und deshalb traten auch die secundären Gefahren der Sepsis sehr in den Hintergrund. Erst mit Einführung der Hülfsmittel zur rascheren und sicheren Blutstillung konnte die Kropfexstirpation allgemeinere Verbreitung gewinnen. Und noch jetzt würde wohl der modernste Chirurg lieber auf die antiseptischen Maassnahmen als auf Schieber- und Arterienpincetten bei einer schwierigen Kropfexstirpation verzichten.

Nichtsdestoweniger konnte auch die Kropfexstirpation, wie alle andern Operationen erst von dem Zeitpuncte ab, wo nach antiseptischen Principien die Wundbehandlung geleitet wurde, einen Grad der Sicherheit als Heilmittel für den Kropf erlangen, dass die Discussionen über ihre Zulässigkeit verstummen mussten. Aber die antiseptische Technik ist eben nicht dieselbe für eine Kropfexstirpation, wie für eine Ovariotomie, so wenig wie sie bei dieser identisch sein soll mit derjenigen bei einer Resection oder Amputation. Es ist ein grosser Fortschritt, dass die Chirurgen mehr und mehr zu der Einsicht gelangt sind, dass damit, dass man seinen Spray spielen lässt und Alles gründlich carbolisirt, noch keine rasche und gute Heilung einer Wunde gesichert ist. Weil wir nun in einer Zeit stehen, wo noch die neuesten Publicationen beweisen, dass auf dem Felde der Kropfexstirpation man sich noch gar nicht allgemein losgemacht hat von der Furcht vor lebensgefährlicher Blutung, noch vor der Möglichkeit der Sepsis, so scheint es angemessen, den modernen Standpunct in der Kropfexcisionsfrage auf Grund früherer und neuester Beobachtungen und Erfahrungen zu beleuchten.

In seinem trefflichen Lehrbuch der speciellen Chirurgie formulirt *König* noch in der 2. Auflage vom Jahr 1878 die Indication zur Exstirpation des Kropfes dahin, „dass man trotz der offenbar grossen Gefahren der Operation, dieselbe doch nicht ganz von sich weisen dürfe.“ *Lücke* in seiner werthvollen Monographie über die Krankheiten der Schilddrüse vom Jahre 1875 spricht die Meinung aus, dass die Exstirpation „unzweifelhaft nicht auf alle Kropfgeschwülste ausgedehnt werden

dürfe, dass vielmehr die erste Bedingung die sei, dass der Kropf beweglich sei und mit nicht zu breiter Unterlage aufsitze." So hat beiläufig schon *Heister* vor 100 Jahren die Indication zur Kropfexcision präcisirt: „Wo alte Kröpfe noch beweglich sind, kann man solche ganz und gar wegnehmen; wenn selbige aber unbeweglich und tief anhangen, sind solche meistens für incurabel zu halten." *Kappeler* in seinen chirurgischen Beobachtungen 1874 stellt keine ganz bestimmten Indicationen für Kropfexstirpation auf; er hält die Operation für weniger gefährlich, als gewöhnlich geschildert wird.

Ein durchgreifender Unterschied in der Beurtheilung der Indicationen zeigt sich binnen 10 Jahren bei *Billroth*. In seiner „chirurgischen Klinik" 1869 ist er geneigt, für Erweichungs-Cystenkröpfe der Exstirpation das Wort zu reden, während er für die einfachen primären Cystenkröpfe die Punction und Jodinjection als sicheres und gefahrloses Verfahren erprobt hat. Unter den übrigen Kröpfen lassen sich die in der Mittellinie des Halses sitzenden, wenn sie keine oder geringe Dyspnoe machen, selbst bei erheblicher Grösse meist mit günstigem Erfolge exstirpiren. *Billroth* will aber auch diese aus blos cosmetischen Gründen bei Leuten über 40 Jahren nie operirt wissen. Dagegen glaubt er, kleine Kropfgeschwülste im unteren Theile der Schilddrüse bei Kindern und jungen Leuten sollten häufiger exstirpirt werden wegen der späteren Folgen. Aber gerade bei den Fällen, wo die Exstirpation unmittelbar oder mittelbar lebensrettend wirke, bei tiefsitzenden Kröpfen, welche bedeutende Dyspnoe erzeugen, sei die Operation weit seltener von günstigem Erfolge begleitet.

Die frühere Auffassung von *Billroth* ist derjenigen von *Dieffenbach* noch sehr ähnlich. Während *Dieffenbach* die Operation eines grossen, festen Kropfes ein „übles Ereigniss" nennt, will er kleinere, isolirte und bewegliche Kropfknoten exstirpiren, und zwar zieht er, wie unter Umständen noch einige Operateure der Neuzeit (*Mosetig*, *Reverdin*), die Operation in verschiedenen Zeiten vor. So operirte er binnen einigen Monaten einen Patienten 4 Mal, indem er jedesmal einen isolirten Knoten herausschnitt. Es ist dieses Verfahren ein evidenter Beweis für unsere obige Behauptung, dass es nicht die Sepsis war, welche die früheren Chirurgen in erster Linie fürchteten, sondern die Blutung. Auch *A. G. Richter* hat die Exstirpation bei „birnförmigen" Geschwülsten für zulässig, aber bei Fällen, wo sie wegen Dyspnoe wirklich nöthig wäre, „geradezu für unthunlich" gehalten.

Im Jahre 1879 hat *Billroth* seine Ansichten sehr wesentlich geändert. In einer Abhandlung von *Wölfler* im 24. Bande von *Langenbeck*'s Archiv werden 7 Excisionen ausführlicher beschrieben und betont, dass in diesen Fällen die Exstirpation zu einer Zeit vorgenommen wurde, wo noch keine unmittelbar drohende Lebensgefahr vorhanden war, zum Theil aus blos cosmetischen Gründen, zum Theil wegen Athembeschwerden bei stetigem Wachsthum des Kropfes. In einer vortrefflichen zweiten Arbeit [1]) befasst sich *Wölfler* eingehend mit der Geschichte der Kropfexstirpation. Es geht auch aus dieser Arbeit hervor, dass *Billroth* gegenwärtig die Indicationen zur Kropfexstirpation sehr weit stellt, indem unter 16 Fällen

[1]) *Wölfler* „Weitere Beiträge zur chirurgischen Behandlung des Kropfes." Wiener medicinische Wochenschrift 1879.

11 Mal zunehmende Athembeschwerden, 5 Mal cosmetische Gründe den Ausschlag gaben.

In seiner 1877 erschienenen bereits erwähnten Dissertation [1]) unter dem Präsidium von *Bruns* erklärt *Süskind* die Exstirpation indicirt, wenn 1) alle andern Mittel sich nutzlos erwiesen, resp. als nutzlos vorauszusehen sind, 2) drohende üble Folgen das Risico der Operation werth sind. Er will aber selbst aus cosmetischen Gründen operiren bei kleinen beweglichen Kröpfen. Contraindicationen für die Operation findet er bei excessiver Grösse von Strumen, wenn sie mit breiter Basis unbeweglich aufsitzen, oder wenn die Struma zu tief hinter das Sternum sich erstreckt, endlich bei zu schlechtem Allgemeinzustand des Patienten.

Einer der fruchtbarsten Schriftsteller über Kropf, *Rose*, stellt wohl die weitgehendsten Indicationen für Kropfexcision auf. „Alle Therapie des Kropfes ist nach ihm, [2]) so lange ein Rest bleibt, oft vergänglich und nicht gefahrlos. Da man aber an Kropf sterben kann und auffallend häufig in Folge desselben plötzliche Todesfälle vorkommen, so ist die Exstirpation nothwendig und ihrer Gefahr werth.“ Dies ist das kurze Résumé, welches wir uns aus seinen 34 Kropfthesen in der erwähnten Arbeit entnehmen. Wir können uns hier auf seine Erklärung des „Kropftodes“ nicht einlassen, hoffen aber demnächst im Stande zu sein, das einschlägige Material an anderer Stelle zu veröffentlichen. In 2 weiteren Publicationen [3]) kommt *Rose* zu dem Schluss, dass auch bei der schlimmsten Kropfform, der Struma maligna, die Exstirpation technisch mit Glück sich ausführen lasse und dass auch der substernale Kropf bei noch so grosser Ausdehnung mit gutem Erfolg operirbar sei, selbst wenn man die Aorta dabei bloslegen müsse.

Eine sehr gediegene und erschöpfende Abhandlung über die Therapie des Kropfes unter ausgedehntester Literaturbenutzung ist von *A. Boursier* 1880 veröffentlicht worden. [4]) *B.* spricht sich sehr energisch gegen die Kropfexcision aus cosmetischen Gründen aus und will eine Exstirpation von vorneherein nur bei unmittelbar gefährlichen Kröpfen, der Struma maligna, dem Goître plongeant und endlich dann gelten lassen, wenn bei den übrigen Kröpfen, welche Beschwerden machen, alle andern Mittel fehlgeschlagen haben.

Wir können es unterlassen, bei der Darstellung der Indicationen die kurzen Publicationen aus andern Ländern, zumal die englischen und italienischen zu benutzen. *Fergusson* in seinem „System of practical Surgery, 1870“ erklärt, dass der „Derbyshire neck“ von den gegenwärtigen Chirurgen selten als für eine Operation mit dem Messer geeignet angesehen werde. Die Affection mache auch in der Regel keine Beschwerden. Er weist hin auf die unglücklichen Versuche von *Liston* und *Roux* und erwähnt als abschreckende Thatsache, dass *Roux* 47 Ligaturen anzubringen genöthigt gewesen sei; analog wie *Dieffenbach* zu den 63 Gefässligaturen bei einer Kropfexstirpation von *Hedenus* ein Ausrufungszeichen macht. Selbst die Incision von Kropfcysten und die Jodinjection erscheint *Fergusson* noch ein Wage-

[1]) *Adolf Süskind* Ueber die Exstirpation von Strumen. Tübingen, 1877.
[2]) *Rose*, Der Kropftod etc., Berlin 1878.
[3]) *Rose*, Ueber die Grenzen der totalen Kropfexstirpation. Berlin, 1878.
[4]) *Boursier*, De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du corps thyroide. Thèse, Paris, 1880.



stück. *Bryant* (Practice of Surgery, 1872) spricht sich dahin aus, dass die Vornahme der Operation zur Lebensrettung sich rechtfertigen lasse. *Bottini* legt mit grossem patriotischem Eifer eine Lanze ein für die von Niemandem bestrittenen Verdienste *Porta*'s um die Kropfoperationen im Gegensatz zu deutschen Chirurgen und gibt Bericht über 3 von ihm mit Glück ausgeführte Kropfoperationen.

Die kurze Uebersicht, welche wir gegeben haben, zeigt, dass eine dem ärztlichen Practiker brauchbare Indicationen liefernde Uebereinstimmung über die Auswahl der Fälle zur Kropfexcision unter den neuern Chirurgen nicht besteht. Eines freilich geht zum Theil aus dem Stillschweigen der betreffenden Autoren hervor, dass die mit der Excision concurrirenden Methoden der Cauterisation, des Haarseiles, der *Billroth*'schen Discission als veraltet betrachtet werden und dass man doch so weit gelangt und darin einig ist, dass man sich für nicht operative Therapie oder für die Excision, aut-aut, zu entscheiden hat. Dies spricht auch *Th. Bryant* deutlich aus. Dass man für maligne Strumen und bei unmittelbarer Lebensgefahr durch Athemnoth die Exstirpation zu machen hat, das liegt auf der Hand, aber ebenso bekannt ist es jedem beschäftigten Arzte, dass in diesen Fällen die Operation häufig zu spät kommt. Man ist freilich nicht einmal darüber überall klar, dass die Erstickungsgefahr eine Indication zur operativen Behandlung einer Struma abgibt. Laut Notiz in „Lancet", 19 Nov. 1881, sind im St. Thomas Hospital binnen 12 Monaten 3 Todesfälle durch Druck einer Struma vorgekommen.

Ebenso wenig braucht es eine sehr einlässliche Begründung, um zum Schlusse zu kommen, dass ein Arzt die Exstirpation vorzuschlagen habe, wenn alle andern Mittel fehlgeschlagen haben und die Beschwerden seitens des Kropfes zunehmen. Wie oft aber wird diese späte Erkenntniss sich durch die weitere Einsicht strafen, dass die Chancen der Operation durch das Zuwarten erheblich verschlechtert sind! Und mit Recht wird man an seine Brust schlagen, denn wir Aerzte sollen nicht an den Kranken experimentiren, sondern die Ergebnisse der Experimente anwenden. Es wird gar oft über schlechte Resultate von Operationen raisonnirt, aber noch viel zu selten eingesehen, dass eine zu lange unnütze Medikasterei die Hauptschuld daran trägt.

Dass der Kropf viel gefährlicher ist, als man namentlich noch in Ländern ganz allgemein glaubt, wo die Häufigkeit des Vorkommens gegen die ästhetischen Uebelstände abgehärtet hat, wird wohl von jedem erfahrenen Arzte constatirt werden. Wir halten dafür, dass bei Besprechung der Indicationen nicht genug betont werden kann, dass es die Thatsachen völlig verkennen heisst, wenn in chirurgischen Handbüchern noch so oft die Furcht vor der Operation mit dem Troste beschönigt wird, dass der Kropf ein unbedenkliches Uebel sei. *Rose* hat sich ein grosses Verdienst dadurch erworben, dass er gezeigt hat und namentlich öffentlich mit Nachdruck ausgesprochen hat, dass ein Kropf selbst bei wenig Beschwerden doch einen nachhaltig üblen Einfluss auf die Gesundheit auszuüben vermag, häufig grosse Beschwerden macht, das Leben abkürzt und endlich ganz unerwartete Todesfälle durch Erstickung zur Folge haben kann. In Bern ist letztes Jahr bei einer jungen, sonst gesunden Frau ein solcher plötzlicher Todesfall durch Erstickung bei Goître

plongeant vorgekommen und schon vor *Rose* ist Aehnliches beschrieben. Wir heben ausdrücklich hervor, dass die letztere Todesart durchaus nicht an diejenige Veränderung der Trachealknorpel gebunden ist, welche *Rose* als Erweichung mit dem Namen Luftband zusammenfasst. Dass aber die Beengung des Lumens der Luftröhre, wie sie bei Sectionen so oft selbst in Fällen, welche gar keine Athemnoth dargeboten haben, sich vorfindet, keineswegs ohne erhebliche Störungen lange bestehen kann, ist zweifellos. *Rose* erwähnt das Auftreten von acuten und chronischen Lungenkrankheiten (Bronchiectasie, Emphysem, Pneumonie) und von Herzdilatation als Folgezustand der behinderten Athemmechanik. Fälle von Emphysem, welche auf Kropf sich zurückführen liessen, mit ihren Folgen, haben wir öfter gesehen. Und wenn es auch nicht gerade zu solchen Folgen kommt, so ist doch die ausgesprochene Anämie vieler Kropfkranken um so sicherer auf die mangelhafte Luftzufuhr und Oxydation zurückzuführen, als durch Operation in einzelnen Fällen auch in dieser Beziehung auffällige Besserung eintritt.

Frühere Chirurgen (vergl. z. B. *Dupuytren*) haben die Sache umgekehrt aufgefasst und die Anämie als eine Prädisposition zu Kropf hingestellt.

Dass es unter diesen Umständen in hohem Maasse wünschenswerth ist, einen Kropf zu beseitigen, ist keine Frage. Am kürzesten aber würde der Discussion über die Art dieser Beseitigung der Faden abgeschnitten, wenn sich nachweisen liesse, dass die Kropfexcision in Folge der neuesten Fortschritte ebenso ungefährlich geworden ist, wie seit Einführung der Antisepsis etwa eine Ovariotomie oder analoge grosse Operationen. Damit würde sich auch die Frage erledigen, ob ein Chirurg das Recht hat, aus rein cosmetischen Gründen eine derartige Operation auszuführen. Auf dem Papier macht es sich sehr leicht, alle derartigen Indicationen kurzweg mit tiefster Entrüstung zurückzuweisen. In praxi stellt sich die Sache anders. Wenn ein junges Mädchen, Dank der Sorglosigkeit oder Furchtsamkeit seiner Eltern, mit einem faustgrossen Kropf behaftet in das Alter kommt, wo es ihm wünschenswerth erscheint, nach Gründung einer eigenen Familie auszusehen, so wird man sich doch schwer entschliessen, hier die gewünschte Hülfe zu versagen.

Macht man denn jetzt nicht auch die Ovariotomie unter analogen Verhältnissen, zur Beseitigung der Entstellung bei einem Leiden, welches zwar momentan keine Beschwerden zu machen braucht, aber doch immerhin die Möglichkeit späterer Beschwerden und Gefahren in sich birgt? Und welche Zahl gutartiger Tumoren wird unbedenklich herausgeschnitten, welche ungleich weniger Bedenken für die Folgezeit haben, als ein Kropf. Dass man bei älteren Leuten aus cosmetischen Gründen keine Kröpfe operirt, dafür sorgen die Verhältnisse ganz von selbst, da es doch eine Seltenheit ist, dass nach den 40er Jahren die Eitelkeit sich bis zur Freude eines Patienten an einer chirurgischen Operation versteigt. Doch ist es bei der Mehrzahl auch der jüngeren Patienten nicht die Entstellung, welche sie dem Arzte zuführt.

Vielmehr hat der Arzt für diejenigen Fälle vor Allem eine möglichst klare Indication nöthig, welche sich mit Kröpfen zu einer Zeit präsentiren, wo zwar die Beschwerden noch gering sind, aber ein zunehmendes Wachsthum schliessen lässt,

dass über kurz oder lang üble Einwirkungen auf das Allgemeinbefinden oder gar Gefahren nicht ausbleiben werden.

Hier müssen nun zuerst alle diejenigen Kröpfe von der Frage der Excision scharf und rein ausgeschieden werden, welche auch ohne Excision soweit zu beseitigen sind, dass sie unbedenklich werden. Die Thatsache muss vor Allem ausgesprochen und festgehalten werden: Es gibt Kröpfe, welche ohne Excision heilbar sind! Ich halte es entgegen *Rose* für besonders wichtig, dies nachdrücklich zu betonen. Zu diesen Kröpfen gehört die reine Struma hyperplastica und dann die Struma cystica simplex. Wer sich seine Statistik verbessern will, der muss recht viele cystische Strumen exstirpiren. Hier ist die Operation ungleich leichter und ungefährlicher. Allein dessen sei sich jeder Chirurg bewusst, wie schon *Billroth* es ausgesprochen, dass durch eine correct ausgeführte Punction und Jodinjection jede einfache, oder wie *Billroth* sagt, primäre Kropfcyste vollkommen gefahrlos und sicher zu heilen ist. Wir halten es für möglich, dass man die Exstirpation vielleicht binnen Kurzem aus dem Grunde der Punction und Injection vorziehen wird, weil sie viel rascher und mit viel weniger Beschwerden die Heilung herbeiführt, wie man es bereits bei der Hydrocele zur Regel erhoben hat. Eine klare Indication aber besteht zur Stunde für die Exstirpation cystöser Kröpfe blos bei den sog. Erweichungscysten, die man auch als hämorrhagische Cysten bezeichnen kann und bei den multiloculären Cysten oder Cystoiden. Die Erweichungscysten und hämorrhagischen Cysten mit ihrer unregelmässigen, meist durch fibröses oder colloides Gewebe verdickten, nach innen proliferirenden Wand sind von den einfachen Cysten mit glatter Innenwand durchaus zu trennen. Bei den Erweichungscysten ist Injection von Jodtinctur vom Uebel.

Zugänglich einer gelindern Therapie ist zweitens die rein hyperplastische Struma. Sie ist ausgezeichnet durch ihre der normalen Struma ähnliche Consistenz, körnig-lappige Oberfläche, das Ergriffensein eines ganzen Lappens oder der ganzen Schilddrüse. Hier wirkt Jod und Einreibungen, innerlich und ganz besonders in Form von *Luton* und *Lücke*'s parenchymatösen Injectionen vortrefflich. Man kann aber ziemlich sicher sein, dass keine rein hyperplastische Struma vorliegt, wenn binnen kurzer Zeit der Erfolg der Jodtherapie nicht ein schlagender ist.

Für die grosse Zahl der übrigen Kröpfe, wo von Punction und Injection und von der Jodtherapie nichts zu erwarten steht, gibt es gegenwärtig kein sicheres Heilverfahren ausser der Exstirpation.

Stehen wir nun gegenwärtig auf dem Standpunct, die Kropfexstirpation in solchen Fällen als eine nicht lebensgefährliche Operation empfehlen zu können? Bei solcher Fragestellung sind sicherlich Zahlen, d. h. die Mortalitätsstatistik die beste Antwort, die man geben kann.

Wir haben es bereits gesagt, dass bei der Kropfoperation ebenso wie bei andern, die Zeit vor der Antisepsis mit der jetzigen keinen Vergleich aushält. Nach *Süskind* und *Wölfler* hat die Mortalität der Kropfexstirpation bei sämmtlichen bis zum Jahre 1850 gesammelten Beobachtungen 41% betragen, während sie bei den

von 1850—1877 publicirten sehr zahlreichen Operationsfällen bereits auf 19,6% herabgegangen ist.

Es ist klar, dass auch die letztere Mortalitätsziffer noch ganz und gar nicht geeignet ist, über die Gefahrlosigkeit der Operation zu beruhigen, wenn man von 5 Fällen einen sterben zu sehen Aussicht hat. Aber man muss, wie *Wölfler* mit Recht hervorhebt, auch bedenken, dass erst in den allerletzten Jahren die antiseptische Wundbehandlung die volle Würdigung erfahren hat und die antiseptische Technik zu grösserer Vollkommenheit ausgebildet worden ist.

Wenn man ein klares Urtheil gewinnen will über die Indicationen auf Grund der neuesten Operationsergebnisse, so scheint es durchaus geboten, die malignen Schilddrüsentumoren von den nicht malignen zu trennen. Die Carcinome und Sarcome der Schilddrüse — denn um diese handelt es sich ausschliesslich, wenn von malignen Tumoren die Rede ist — kommen zur Stunde noch fast ausnahmslos zu einer Zeit in Behandlung, wo das Leiden zu einem Grade gediehen ist, dass Complicationen der Operation eintreten, welche bei einer einfachen Kropfexcision dahinfallen.

Die vortreffliche Monographie von Dr. *Kaufmann* in Zürich hat dargethan, wie schwierig noch gegenwärtig die frühe Erkenntniss der malignen Natur einer Struma ist, aber zugleich, wie sehr viel häufiger dieselbe vorkommt, als die Literatur über den Gegenstand könnte vermuthen lassen. Vorläufig ist die Hoffnung, dass wir auch die malignen Tumoren bald zu einer Zeit werden operiren können, wo die Operation gute Chancen bietet, nur darauf zu gründen, dass wir überhaupt die Indication zur Kropfexcision sehr viel weiter werden ausdehnen dürfen, als bisher. Der leiseste Verdacht auf maligne Natur muss genügen, um eine Exstirpation und zwar eine Totalexcision zu rechtfertigen.

Es ist deshalb durchaus nöthig, festzustellen, was sind die Resultate der neuesten Kropfexstirpationen für uncomplicirte Fälle, resp. für nicht maligne Schilddrüsentumoren?

Wir sind in der Lage, von einer grossen Zahl geehrter Collegen, namentlich aus der Schweiz, wo der Kropf häufiger vorkommt, die Resultate ihrer Kropfoperationen mittheilen zu können. Wir haben uns brieflich an alle diejenigen Collegen gewandt, von denen wir voraussetzen durften, dass sie eine grössere Zahl von Kropfexcisionen ausgeführt haben und sprechen denjenigen Herren, welche unsere Anfrage zu beantworten die Freundlichkeit hatten, hiemit unsern herzlichen Dank aus.

Wir halten uns verpflichtet, die Statistiken zunächst in der Reihenfolge und Form (blos in tabellarischer Einordnung) zu veröffentlichen, wie sie uns mitgetheilt worden sind. [1])

Die gelieferten statistischen Angaben bieten zum kleinsten Theile eine Ergänzung der Zusammenstellungen, welche *Süskind* im Jahre 1877 publicirt hat, zum grössten Theil bilden sie die Fortsetzung jener Statistik. Derjenige Operateur, welcher die grösste Zahl von Kropfexstirpationen aufzuweisen hat, ist *Billroth* in Wien.

[1]) Siehe die Notiz Eingangs der Arbeit.

Billroth hat auf briefliche Aufforderung hin das sehr verdankenswerthe Entgegenkommen gehabt, seine Resultate, welche sich bis Ende 1881 auf 91 Fälle beziehen, durch Dr. *Wölfler* in Nr. 1 der Wiener med. Wochenschrift von 1882 veröffentlichen zu lassen. Er sondert seine Fälle in solche, welche vor 1877 operirt sind, und solche nach 1877. Von den ersteren, welche sich auf 36 belaufen, verlor er 13, d. h. 36,1%. Von den 55 seit 1877 Operirten starben blos 7 und unter diesen 7 betraf ein Fall einen Krebskropf, und 2 Patienten gingen accidentell zu Grunde, an Berstung einer Aneurysma und an einer Peritonitis. *Bruns*, welcher nach *Süskind* vor 1877 unter 28 Operationen 6 verlor, hat von 14 seither Operirten blos 2 sterben sehen. Ausser *Billroth* und *Bruns* rechnen für die Statistik vor 1877 noch 7 Fälle von *Kappeler* (ohne Todesfall), 2 Fälle von *Czerny* mit einem unglücklichen Ausgang und 16 eigene Operationen mit 3 Todesfällen.

Anderseits haben wir der Statistik seit 1877 zuzuzählen 8 weitere Fälle von *Baumgärtner* in Baden-Baden, welche von diesem Chirurgen an der 54. Naturforscherversammlung mitgetheilt wurden, 6 Fälle von unserem befreundeten Collegen Prof. *Rudolf Demme*, 3 Fälle von *Mosetig* und 2 von Dr. *Haffter* in Frauenfeld, endlich 3 Fälle von *Bottini*. Wenn wir demgemäss eine tabellarische Zusammenstellung sämmtlicher uns bekannter Fälle von Kropfexcisionen seit 1877 geben und dabei die Operationen wegen maligner Tumoren in eine eigene Categorie bringen, während wir alle blossen Incisionen bei Cystenkröpfen etc. ausmerzen, so erhalten wir folgendes Ergebniss:

Zusammenstellung sämmtlicher uns bekannter Kropfexcisionen seit 1877.

Operateur.	Zahl der Operationen.	Mortalität.
1. *Billroth*	50	6
2. *Kappeler*	20	2
3. *V.* und *P. Bruns*	13	2
4. *J. L. Reverdin*	13	2
5. *Baumgärtner*	10	1
6. *Czerny*	5	0
7. *Maas*	7	2
8. *Kottmann*	8	1
9. *A. Reverdin*	6	0
10. *Bircher*	3	0
11. *Kaufmann*	3	0
12. *Niehaus*	3	0
13. *R. Demme*	6	1
14. *Bottini*	3	0
15. *Mosetig*	3	1
16. *Haffter*	2	0
17. *Kocher*	38 [1]	5
	193	23

[1]) Wir haben bei unseren Kropfexcisionen einen Fall von Chloroformexitus nicht mitgezählt aus dem einfachen Grunde, weil er noch keine Kropfexcision war, sondern erst eine werden sollte. Es handelte sich um eine durch hochgradige Verdauungsstörungen sehr heruntergekommene Frau, bei welcher bei noch fortdauernder Respiration der Tod ganz plötzlich durch Herzparalyse erfolgte, ganz analog dem einzigen anderen Chloroformtodesfall, welchen wir bei einer Resectio genu zu beklagen hatten.

Zusammenstellung sämmtlicher uns bekannter Exstirpationen krebsiger Kröpfe seit 1877.

Operateur.	Zahl der Operationen.	Mortalität.
1. *Billroth*	5	1
2. *Kappeler*	1	1
3. *V. Bruns*	1	0
4. *Czerny*	4	4
5. *Maas*	3	2
6. *Kottmann*	1	1
7. *Bircher*	2	2
8. *Kocher*	4	2
	21	13

Es braucht wohl keines weiteren Beleges, um die Behauptung zu rechtfertigen, dass die Operationen für krebsige Kröpfe nicht mit denjenigen für Kropf überhaupt zusammengeworfen werden dürfen. Denn die obigen Zahlen beziehen sich nicht etwa auf Endresultate, sondern blos auf das unmittelbare Ergebniss der Operation. Während wir in den letzten 4 Jahren die Mortalität der Kropfexstirpationen für parenchymatöse und cystoide Kröpfe auf 13,9% heruntergehen sehen, beträgt diejenige der Operationen für Krebskröpfe noch gegenwärtig 61,9%. Wenn wir bei letzteren 2 Fälle, einen von *Kappeler* und einen der unsrigen ausschliessen, welche an einfacher Sepsis gestorben sind und zwar beide bemerkenswertherweise durch Carbolölcatgut inficirt, so sind alle andern Fälle von Krebskropf nach der Operation den Complicationen erlegen, welche Erkrankungen der übrigen Organe oder die locale Ausdehnung der Geschwulst mit sich brachten: Entweder erfolgte ein sehr rascher Tod durch „Erschöpfung“ und die Autopsie ergab Metastasen in Lungen, Leber, oder die Operation führte direct durch den Blutverlust und wohl bei den Listerianern sicherlich zum Theil durch Carboleinwirkung Collaps herbei oder endlich die nothwendige Tracheotomie und Pharyngotomie bewirkten Infiltrationen der Mediastinen und der Lungen, welche den Tod verschuldeten.

Zu noch grösserer Evidenz geht aus der Analyse der Todesfälle bei Excision nicht maligner Kröpfe die Thatsache hervor, dass eine Kropfexstirpation nur durch besondere Complicationen zu üblem Verlaufe Anlass gibt.

Unter den 23 Todesfällen dieser Categorie kommen mehrere auf Rechnung von Zufälligkeiten, welche nicht in directe ursächliche Beziehung zur Operation gebracht werden können: *Billroth* verlor einen seiner 6 Kranken an Berstung eines Aneurysma, einen an Peritonitis. *Mosetig* verlor eine Kranke an Embolie, *Bruns* einen Patienten nach 3 Wochen plötzlich, ohne dass die Section Aufschluss über die Todesursache geliefert hätte, den zweiten der Fälle an Tetanus. *Reverdin* musste in einem seiner Fälle eine Tracheotomie d'urgence wegen plötzlich eingetretener Erstickungsnoth unter ungünstigen Verhältnissen machen, der andere seiner Todesfälle kam dadurch zu Stande, dass am Abende nach der Operation durch eine brüske Bewegung eine Knickung der Trachea eintrat mit sofortiger Erstickung.

Unter unseren 5 Todesfällen ist einer durch einen unglücklichen Zufall veranlasst.

Unter dem frischen Eindrucke dieses Falles, wahrlich nicht optimistisch gestimmt, schreibe ich diese Notizen nieder. Es betrifft eine junge, gesunde Patientin, deren Schwester ich einige Zeit vorher mit glücklichem Erfolge operirt hatte. Wegen zunehmenden Druckes eines in Form eines Goître plongeant das Jugulum ausfüllenden apfelgrossen Strumaknotens und nachdem die bisherigen Mittel, selbst Jodinjectionen ohne Erfolg geblieben waren, wurde am 28. September 1881 die Kropfexcision in gewohnter Weise ohne üblen Zufall gemacht mit Chlorzinkantisepsis.

Sofort nach dem Erwachen klagte Patientin über heftige Schmerzen auf der Brust ohne objectiven Befund. Erst Abends stellte sich heraus, dass durch ein unglückseliges Versehen einer Wärterin statt unserer üblichen $^1/_4$%igen Chlorzinklösung eine 5%ige Lösung in Anwendung gekommen war.

Ich habe in meinem klinischen Vortrage über Chlorzinkantisepsis hervorgehoben, welch' erheblicher Unterschied zwischen der Anwendung der starken und der schwachen Chlorzinklösungen bei Wunden besteht. In diesem Falle war nun Gelegenheit, die Angaben zu bestätigen, welche schon *Billroth* über die Wirkung der starken Lösungen gemacht hat und welche ihm zur Verwerfung derselben als Mittel zum antiseptischen Verbande geführt haben.

Trotzdem natürlich eine 5%ige Chlorzinklösung bedeutend sicherer antiseptisch wirken sollte als eine $^1/_4$%ige, entwickelte sich im Gegensatz zu dem aseptischen Verlaufe der mit den schwachen Lösungen behandelten Fälle eine ausgedehnte und tiefgehende Necrose des lockern Halszellgewebes mit Venenthrombose; es trat offenbar im Zusammenhang mit letzterer eine Pneumonie des rechten Unterlappens auf unter hohem Fieber, kurz das Bild einer Sepsis. Dank der offenen Wundbehandlung, der günstigen Wirkung des massenhaft eingestreuten Jodoformpulvers örtlich und der Verträglichkeit des Rectum für Salicylklystiere ging bis zum 14. October unter Reinigung der Wunde oberflächlich das Fieber wieder herunter, die Pneumonie bildete sich zurück, der Appetit hob sich bedeutend, guter Schlaf stellte sich ein. Nur in der Tiefe der Wunde schien eine ausgedehntere Necrose des Gewebes entstanden zu sein und wagte man an den gewaltigen gangränösen Fetzen um so weniger einen Zug auszuüben, als der eingeführte Finger unmittelbar auf die pulsirende Arteria anonyma und Aorta gelangte.

Für eventuelle Blutung wurden die geeigneten Vorschriften dem Wärterpersonal gegeben. Am 15. October Abends erfolgte eine fürchterliche Blutung, welche von der Wärterin durch Einstopfen eines Schwammes zum Stillstand gebracht werden konnte. Da die Blutung nach Angabe hinter dem Sternum hervorgequollen war, so wurde vorläufig, da Patientin sich etwas erholt hatte, mit der Schwammcompression fortgefahren. Als aber am 17. October die Blutung sich heftig erneuerte, schritten wir zur Resection des manubrum Sterni, welche sich ohne üblen Zufall ausführen liess. Durch Spaltung seines hinteren Periostüberzuges wurde das vordere Mediastinum freigelegt. Jetzt sah man eine gut abgeschlossene Höhle ganz von necrotischem Gewebe bedeckt. Aber bei der ersten Berührung

dieses letzteren quoll aus der Anonyma ein solch' gewaltiger Blutstrom hervor, dass Patientin in Secundenzeit collabirte.

Die Autopsie (blos partiell in loco) ergab, dass die rechte vena jugularis communis ganz zerstört als ausgezogener Fetzen in dem gangränösen Gewebe endigte und dass die Blutung aus einer grossen Oeffnung in der Arteria anonyma und Anfangstheil der Carotis stattgefunden hatte.

Nach Abzug dieser 8 Fälle, bei welchen Zufälligkeiten eine Rolle spielen, welche aus der operativen Chirurgie wohl noch sehr lange Zeit nicht völlig werden ausgeschlossen werden können, bleiben 15 Fälle übrig, bei welchen der Tod in directe Beziehung zur Operation gebracht werden muss. Ein guter Theil dieser Operationen waren besonders schwierige und complicirte, sei es durch bestehende hochgradige Athemnoth, sei es durch stärkere Verwachsungen. Ganz besonders ist es die hochgradige Athemnoth, welche die Prognose der Operation in ungünstiger Weise beeinflusst. *Billroth* sucht bei seinen Operationen die Tracheotomie wo möglich zu vermeiden, hat sie deshalb nur bei dringlicher Indication und zwar 5 Mal bei seinen Operationen gemacht und von diesen 5 Kranken sind 3 in Folge der Operation gestorben.

Die beiden Todesfälle *Kappeler*'s beziehen sich auf Kranke mit hochgradiger Athemnoth, deren einer schon vorher eine Stimmbandlähmung, der andere keuchende Respiration darbot, so dass nach der Operation die Tracheotomie ausgeführt werden musste. Die Patientin von *Baumgärtner* war vor der Operation stimmlos und zeigte Erschlaffung beider Stimmbänder. Von *Maas*' Patienten starb der eine an Herzparalyse, der andere an Lähmung beider Recurrentes. In dem Todesfalle von *Kottmann* wird die besondere Schwierigkeit der Auslösung des Tumors wegen ausgedehnteren Verwachsungen angegeben.

Indem wir endlich auf die Analyse der Todesfälle in unserer eigenen Statistik eintreten, ziehen wir unsere sämmtlichen Beobachtungen in Frage, zunächst unter Mitberücksichtigung auch der malignen Strumen und der vor 1877 ausgeführten Operationen.

(Schluss folgt.)

Vereinsberichte.

Medicinische Gesellschaft in Basel.

Schriftführer für die Corresp.-Blatt-Referate Dr. *Daniel Bernoulli.*

Sitzung vom 20. October 1881.

Anwesend 34 Mitglieder und 1 Gast.

Prof. *Bischoff* theilt einen günstig verlaufenen Fall von intraarterieller Infusion einer alcalischen Kochsalzlösung bei drohendem Verblutungstode mit (in extenso abgedruckt im Corr.-Bl. 1881, S. 745).

Prof. *Immermann* bestätigt die Theorie des Verblutungstodes durch den Mangel an genügendem Blutdruck und hebt die Gleichgültigkeit der Wahl jeder unschädlichen Injectionsflüssigkeit hervor. Zellige Elemente zum Ersatz bei Blutverlusten seien wohl immer bereitliegend und würden dann mechanisch mitgenommen. Das



Verfahren empfiehlt sich daher namentlich bei acuter Verblutungsanämie sonst gesunder Individuen; bei hochgradiger Cachexie möchte es von fraglichem Werthe sein.

Physicus Dr. *deWette* gibt kurzen Bericht über den hygieinischen Congress in Wien, an welchem er im September d. J. theilnahm. Er erwähnt namentlich der neuen Theorien von Prof. *Hofmann* über die Friedhofsfrage und verurtheilt dieselben nach seinen Erfahrungen; sodann die Meinungen *Soyka*'s und *Roszahegyi*'s über die Unschädlichkeit der Canalgase; den *Renk*'schen Apparat zum sichern Verschluss bei Siphons empfiehlt Referent. — Referent möchte die Anregung geben, dass Basel sich auch einmal in die Reihe der festgebenden Städte einführe.

Prof. *Wille* macht Mittheilungen über den gegenwärtigen Standpunct der Hirnanatomie, welche beweisen, dass trotz dem gehäuften Material und den darauf gebauten Schlussfolgerungen nur wenig mehr wissenschaftliche Thatsachen als vor 80 Jahren bekannt sind. Referent beginnt seine Darstellung mit den Grosshirnhemisphären, geht kurz auf die Lappenbildung, die Vertheilung der grauen und der weissen Substanz und das microscopische Verhalten ein, charakterisirt die Systeme der Commissurenfasern und der Associationsfasern und erklärt an der Hand schematischer Zeichnungen das complicirte System der Stabkranzfasern.

Sitzung vom 3. November 1881.

Anwesend 18 Mitglieder und 1 Gast.

Prof. *Wille* bringt den Vortrag der vorigen Sitzung zum Abschluss mit der Erklärung des Fasersystems der Medulla oblongata und demonstrirt zum weitern Verständniss des Vortrages ein auseinanderlegbares Gehirnmodell in Lebensgrösse von *Anzoux*.

Dr. *Fr. Hosch* theilt einen Fall von primärem Sarcom der Iris mit, beobachtet bei einem 66jährigen Manne. Dasselbe hatte sich aus einem braunen Pigmentflecke im untern Theil der Iris (sog. Rostfleck) entwickelt. Da aus dem Umfange der Geschwulst auf Betheiligung des Ciliarkörpers geschlossen werden musste, wurde von ihrer Entfernung durch Iridectomie abgesehen und trotz der noch vorhandenen Sehschärfe ($^{16}/_{100}$) das Auge enucleirt. — Bei der Untersuchung zeigt sich der 4 mm. dicke und 7 mm. hohe Tumor ganz auf die Iris beschränkt und gegen den durchaus normalen Ciliarkörper scharf abgegrenzt. Es handelt sich um ein pigmentirtes Spindelzellensarcom, wobei das Pigment meist in doppelreihigen Zügen angeordnet und nur spärlich in den dicht gedrängten Spindelzellen enthalten ist. — Aetiologisch interessant ist die Entstehung dieses melanotischen Sarcoms aus einem angeborenen Pigmentfleck. Sie bildet ein Analogon zu dem hie und da beobachteten Uebergang von Warzen und Muttermalen in die durch ihre Neigung zu rascher Metastasenbildung so sehr gefürchteten melanotischen Geschwulstformen. — In der Literatur sind 17 Fälle von Sarcom der Iris aufgeführt, von denen jedoch einige überhaupt zweifelhaft sind, während es von andern fraglich ist, ob nicht etwa die Geschwulst ursprünglich vom Ciliarkörper ausging. Zur anatomischen Untersuchung gelangten blos 9 dieser Fälle (6 nach Enucleation und 3 nach Iridectomie).

Darauf hält derselbe einen Vortrag über Gesichtsfeld und Gesichtsfeldmessung. Zunächst wird das *Förster*'sche Perimeter und seine Vortheile vor der alten Gesichtsfeldmessung (das einer ebenen Fläche) beschrieben und dann des Nähern ausgeführt, wie sich Licht-, Farben- und Formempfindung in der Peripherie der normalen Netzhaut verhalten. Dass die Aussengrenzen des Gesichtsfeldes nach innen im Vergleich zu aussen beschränkt sind, lässt sich weder aus dem störenden Einfluss der Schädelknochen vollständig erklären, noch daraus, dass die Retina an der äussern Seite des Auges weniger weit nach vorn reicht als an der innern. Am meisten hat darum die Ansicht von *Landolt* für sich, dass es sich um eine mangelhafte Hebung der Aussenseite der Netzhaut handle. Dieselbe Erklärung gilt für die Beschränkung des Gesichtsfeldes nach oben. Das hauptsächlichste physiologische Scotom wird durch den *Mariotte*'schen Fleck bedingt; einzelne kleinere durch die grossen Gefässstämme. — Sehr wichtig ist das Verhalten der Farbenempfindung in den peripherischen Theilen der Netzhaut. Es ist unrichtig, dass die äusserste Peripherie derselben farbenblind sei. Sobald die zur Untersuchung verwendeten Farben gehörig intensiv sind, werden sie, wie *Landolt* nachgewiesen, bis an die äussersten Grenzen des Gesichtsfeldes erkannt. Dadurch wird die Theorie der Farbenempfindung von *Schelske* und *Woinow* widerlegt. Für practische Bedürfnisse, wo es sich ja nur um Vergleichung mit der Farbenempfindung des gesunden Auges handelt, kommt dies weniger in Betracht; wir begnügen uns gewöhnlich mit der Bestimmung der mittelst blauer, rother und grüner Quadrate erhaltenen Grenzen. — Am wenigsten ist noch die Formempfindung, die Sehschärfe, der Netzhautperipherie untersucht. Sicher ist nur, dass sie vom Centrum nach der Peripherie rasch abnimmt und jenseits 50° vom Fixirpunct überhaupt aufhört.

Diese Dinge werden durch einige Gesichtsfeldskizzen illustrirt.

Darauf geht der Vortragende über zum pathologischen Theile der Perimetrie und setzt unter Vorlegung von zahlreichen charakteristischen Gesichtsfeldern die wesentlichsten Veränderungen des beschriebenen normalen Gesichtsfeldes bei den verschiedensten Erkrankungen der Binnenhäute des Auges auseinander. Im Anschluss daran wird ein Fall von Defect fast der ganzen obern Gesichtsfeldhälfte in Folge von Verstopfung des ramus temporalis inf. der Centralarterie näher beschrieben und die Bemerkung angeknüpft, dass Circulationsstörungen in der Retina nach Typhus zuweilen vorzukommen scheinen.

Für den allgemeinen Practiker weitaus am interessantesten sind die Gesichtsfeldveränderungen, welche bei den Affectionen der Sehnerven beobachtet werden, da sie für die Diagnostik und Prognostik der sich so oft mit jenen complicirenden Cerebralkrankheiten ausserordentlich wichtig sind. Es wäre sehr zu wünschen, dass auch die Specialisten für Hirn- und Nervenkrankheiten die Gesichtsfeldmessung als regelmässige Untersuchungsmethode adoptiren, da Veränderungen des Gesichtsfeldes, besonders des farbigen Gesichtsfeldes, sehr oft schon in den ersten Stadien dieser Krankheiten beobachtet werden, wo noch keine Störung des Sehvermögens den Kranken zum Augenarzte treibt.

Ueber einen der wichtigsten hiehergehörigen Befunde, die Hemianopie, hat

der Vortr. schon vor 3 Jahren ausführlich gesprochen. Es werden die Gesichtsfelder von zwei neuen seither beobachteten Fällen vorgewiesen und dabei erwähnt, dass die seitherigen einschlägigen Publicationen sich sämmtlich ebenfalls für die Semidecussation der Sehnerven entscheiden.

Am häufigsten wird im Gefolge der den Gesichtssinn beeinträchtigenden Krankheiten des Centralnervensystems die Neuritis optica und die Atrophie der Sehnerven constatirt. Die erstere lässt sich oft perimetrisch (durch die charakteristische Vergrösserung der blinden Flecke) nachweisen, ehe die Augenspiegeluntersuchung noch eine Spur davon zeigt. Bei der Opticusatrophie zeigen die Aussengrenzen des Gesichtsfeldes wenig Charakteristisches; dagegen gibt uns das Verhalten der Farbenperception werthvolle Aufschlüsse bezüglich der Prognose. Sie ist schlecht bei Unregelmässigkeiten oder Fehlen einzelner Farbencurven, auch wenn das centrale Sehen noch ganz gut ist; günstig jedoch, wenn das Farbengesichtsfeld wenig verändert ist.

Am häufigsten untersucht von den Atrophien aus centraler Ursache ist diejenige nach Tabes. Ausser den sonst für die progressive Atrophie der Sehnerven gültigen Merkmalen ist hier charakteristisch, dass das centrale Sehvermögen relativ lange gut bleibt; centrale Defecte oder centrale negative Scotome bei vorhandenem Sehnervenschwund schliessen also Tabes als Ursache fast mit Sicherheit aus.

Discussion: Prof. *Wille* wünscht zu wissen, warum es ihm nie gelingt, bei Alcoholikern das centrale Scotom für roth herauszubringen.

Dr. *Hosch*: Es wird dies wohl nur davon herrühren, dass zu grosse farbige Papierstücke als Prüfungsobjecte genommen werden, und dass nicht gehörig für fortwährende Fixation eines bestimmten Punctes gesorgt wird.

Dr. *Beck*: Die ursprüngliche Vorschrift von *Förster*, als Ausgangspunct für die Gesichtsfeldmessung die Eintrittsstelle der Sehnerven zu wählen, hat für viele Fälle grosse Vortheile.

Dr. *Hosch*: Dass man jetzt fast allgemein den Nullpunct des Perimeters fixiren lässt, die Stelle des deutlichsten Sehens also in das Centrum des Gesichtsfeldes versetzt, hat darin seinen Grund, dass die Macula eben als das physiologische Centrum der Netzhaut zu betrachten ist. Es ist diese Methode also jedenfalls rationeller. Die *Förster*'sche dagegen bietet keine wesentlichen Vortheile; *Förster* wollte durch Ausgehen vom blinden Fleck blos das Gesichtsfeld dem Augenspiegelbilde ähnlicher machen, bei welchem man sich von der Papilla n. optici aus zu orientiren pflegt.

Aus dem Protocoll der 73. Jahresversammlung des ärztlichen Vereins der Centralschweiz.

Den 10. December 1881, Vormittags 10½ Uhr, im Hôtel du Lac in Luzern.
Anwesend waren 29 Mitglieder. Präs.: Dr. *Rösli*.

1) Der Präsident eröffnet die Verhandlungen mit einem Rückblick auf das letztjährige Vereinsleben, bedauert das Eingehen der Section Schwyz und Uri, rügt die Unthätigkeit der Sectionen Luzern und Hochdorf und freut sich über den Fleiss der Section Sursee; er berichtet über den gegenwärtigen Stand der vom

Vorstand durch Herrn Dr. *A. Ott* veranstalteten Vorstudien für eine Alcoholismus-Statistik des Cantons und hofft auf thatkräftige Unterstützung aller Vereinsgenossen bei Behandlung der hochwichtigen Angelegenheit.

2) Zum nächstjährigen internationalen hygieinischen Congress in Genf werden als cantonale Delegirte die vorläufig durch Präsidial-Verfügung dafür bezeichneten Herren Amtsarzt *F. Brun* und Dr. *G. Nager* bestätigt.

3) Herr *J. Heller* wünscht mit Bezug auf den gegenwärtig in Berathung liegenden Vorschlag einer (erniedrigten) Armenärzte-Taxe, dass sich der Vorstand kräftig für unsere Standes-Interessen wehre; er wird von Dr. *Käch* unterstützt.

Herr *Attenhofer* vertheidigt den Sanitätsrath, indem er darauf hinweist, dass in einzelnen Cantonsgegenden noch unter der vorgeschlagenen neuen Armentaxe practicirt werden müsse.

Der Antrag *Heller* und *Käch* wird als Weisung für den Vorstand zum Beschluss erhoben; dagegen die von Herrn *Käch* angeregte Besprechung des Dr. *Steiger*'schen Vorschlages einer allgemeinen schweizerischen Aerzte-Unterstützungscassa verschoben.

Als einziger unter den Sectionsberichten ist der von Sursee eingegangen und wird verlesen.

4) Herr *C. Näf* hält einen Vortrag zur Diagnose „Puerperalfieber“. — Auf Grund einer im Jahre 1880 gemachten Erfahrung und gestützt auf die in den letzten zwei Jahren veröffentlichten cantonalen Puerperalfieberfälle, die ziemlich regelmässige Vertheilung zeigen, ferner unter Vergleichung mit einzelnen wirklichen Epidemien im Canton aus frühern Jahren, glaubt der Vortragende unterscheiden zu sollen zwischen Septicæmie im Wochenbette und dem eigentlichen Kindbettfieber; nur das letztere sei eine wirklich epidemische und im specifischen Sinne contagiöse Krankheit; es gelte daher auch für letztere Form nur die Bestimmung bez. ansteckender Krankheiten, wie Anzeigepflicht und Einstellung der Hebamme beziehungsweise des Arztes in ihren geburtshülflichen Verrichtungen.

Er durchgeht dann die hauptsächlichsten bez. Theorien, besonders der Localisten und Traumatisten, welchen er die Anschauungen von Dr. *Barker* aus New-York als die richtigern entgegenstellt; letzterer erblicke im Puerperalfieber eine durchaus eigenartige, auf epidemischen, zur Zeit noch dunkeln Einflüssen beruhende Infectionskrankheit, welche ohne jede Localentzündung und ohne, aber auch mit Septicæmie (und dann als Complication!) bestehen kann.

In der folgenden Discussion wurde vorgeschlagen, wegen der Schwierigkeit der differentiellen Diagnose und der hohen Wichtigkeit einer entsprechenden Prophylaxis, alle fieberhaften Erkrankungen im Wochenbette anzuzeigen, dagegen aber geltend gemacht, dass darunter jedenfalls das energische Einschreiten der amtsärztlichen, resp. der Sanitätsbehörden leiden und zugleich auch — ohne die nöthige Aufklärung — die bez. Morbiditätsstatistik unseres Cantones im Vergleich zu andern in ungerechter Weise belastet würde. Der Vortragende in seiner Replik beantragte, höchstens alle Puerperalerkrankungen mit septicæmischem Charakter anzuzeigen.

Bestimmte Beschlüsse wurden nicht gefasst.

5) In den Vorstand wurden gewählt an Stelle der bisherigen, eine Wiederwahl bestimmt ablehnenden Mitglieder die Herren *A. Käppeli* als Präsident, *C. Winiger* als Quästor und Dr. *O. Stocker* als Actuar.

6) Herr *A. Bossardt* berichtet über die Beobachtungen, die er an dem in einem verschütteten Sodbrunnen 96 Stunden lang begraben gewesenen Mattmann in Hochdorf gemacht hat (erscheint demnächst im Corr.-Bl.)

Den dreistündigen Verhandlungen folgte ein gemüthliches Mittagessen.

Dr. *G. Nager*.

Referate und Kritiken.

Makrobiotik und Eubanik.

Wissenschaftliche Künste zur Verlängerung und Verschönerung des menschlichen Lebens. Von *Wilhelm Schmöle*, Dr. phil. et med., Prof. der Pathologie. Bonn, 1879, F. Schulten.

Der deutsch-amerikanische Professor baut sein System der dem landläufigen Begriff entsprechenden Makrobiotik auf dem Fundamente der Hypothese auf, dass das, was man Alter heisst, auf einem Missverhältniss in der Bildung organischer und unorganischer Bestandtheile des Körpers beruht. Um dem Ueberhandnehmen von Ablagerungen der letztern in den Körperorganen und ihrem schwächenden und der jugendlichen Elasticität nachtheiligen Einfluss zu wehren, handelt es sich darum, Substanzen einzuführen, welche diese unorganischen Massen in Lösung überführen und zur Resorption und Elimination bringen, resp. ihrer Bildung hindernd in den Weg treten. Die empfohlenen Substanzen sind natürlich Säuren, und zwar in erster Linie die Citronensäure, am vortheilhaftesten in Form von frischem Citronensaft (je nach dem Lebensalter 2—8 Citronen pro die, Jahr aus, Jahr ein!), in zweiter Linie Milchsäure. Es wird aber weiterhin ausgeführt, dass viele Krankheiten, namentlich die rheumatischen, aus analogen Ursachen herstammen und deshalb auch durch entsprechendes Verfahren bekämpft werden können und sollen, wie denn die Citrone als das wahre Specificum nicht nur gegen die hartnäckigsten Formen des Rheumatismus, sondern selbst gegen Herzklappenfehler gepriesen wird. Im fernern verbreitet sich der Verfasser auf das Wesen und gegenseitige Verhältniss von Entzündung und Fieber und findet im Allgemeinen, dass sympathische Fortleitung in der Entstehung krankhafter Processe eine grosse Rolle spielt; er findet deshalb, dass durch eine frühzeitige anästhesirende Behandlung namentlich mit kleinen, dem Alter angepassten und häufig wiederholten Dosen Morphium aceticum die Krankheiten im Keime erstickt werden können.

Die Abhandlung ist nicht uninteressant und immerhin, trotz mannigfacher, wie uns scheint, aprioristischen Hypothesen, nicht ohne wissenschaftliche Basis. Einzelne Behauptungen freilich streifen an's Naive; so diejenige, dass Verfasser aus seiner Praxis nicht directe Beweise der lebenverlängernden Wirkung seiner Behandlung aufführen könne, weil die betreffenden Leute noch nicht Zeit gehabt haben, alt zu werden, also wohl oder übel jung bleiben mussten. So wenigstens ist der Sinn; doch wird ein Beispiel aufgeführt von einem Grafen von Waldeck, der „in Folge" seiner Gewohnheit, massenhaft Citronensaft mit Meerrettig zu verzehren, es bis auf 110 Jahre brachte und erst noch eines unnatürlichen Todes starb.

Eubanik nennt *Schmöle* die Kunst, leicht und ohne Ermüdung zu marschiren. Er leitet die Ermüdung daher, dass wir gewohnt sind im Zweitact zu gehen. Seiner Anschauung nach ist nämlich der Schritt, welcher betont wird, die Arsis, ein Effect des Willensimpulses der in der einen Gehirnhälfte zum Einfluss gelangt und der zweite, die Thesis, rein reflectorischer Act. Da aber die Thesis eine einzeitige ist, so fällt die Aufgabe, die Arsis zu Stande zu bringen, immer derselben Seite des Gehirns zu und erzeugt nothwendig hier eine Ermüdung. Um diese zu vermeiden, genügt es, eine zweizeitige Thesis, also den Dreitact, Dactylus, dem Gange zu Grunde zu legen, wobei der zuerst auftretende Fuss dem Willensimpulse gehorcht, die beiden andern Schritte aber reflec-

torisch zu Stande kommen und die Arsis des nächsten Tactes dem Fusse zukommt, welcher bei der des vorigen Tactes in Ruhe war. (Wir brauchen hier Arsis und Thesis im gleichen Sinne wie die Metrik, obgleich beim Marschiren die Ausdrücke bekanntlich umgekehrt sein sollten.)

Statt des Dreitactes könnte von raschen Gängern auch der Fünftact gebraucht werden. Um diese Gangart sich anzugewöhnen, genügt ein einfaches Zählen bis 3 mit Betonung des 1. — Wir müssen gestehen, dass auf diese Weise unstreitig ein weit weniger ermüdender und athemraubender, zudem rascher Gang zu Stande kommt und sind der Ueberzeugung, dass die Dauerläufer, welche voriges Frühjahr auch schweizerische Orte unsicher machten, sich dieses Mittels bedienen. *Trechsel.*

Thatsachen zur Pocken- und Impffrage.

Eine statistisch-ätiologisch-kritische Studie von *Bönig.* 112 S. Leipzig, 1882. Breitkopf & Härtel.

Wir sind nachgerade daran gewöhnt, dass, wer die Impffrage „kritisch-statistisch" studirt, zum Resultate gelangt, der Nutzeffect der Impfung sei illusorisch. Für die Leser des Corr.-Bl. dürfte es kaum von Interesse sein, die genauere Bekanntschaft der neuesten derartigen Studie zu machen; Ref. behält sich daher vor, an anderer Stelle [1]) nachzuweisen, dass dieser Versuch, das Urtheil der Wissenschaft über die Wirkung der Vaccination zu ändern, eben so verfehlt ist, wie alle bisherigen.

Die vorliegende, Herrn Prof. *Volkmann* in Halle gewidmete und im Verlag der klinischen Vorträge erschienene, Schrift hat insofern wissenschaftliche Haltung, als sie sine ira geschrieben ist und im Eingang einige richtige methodische Erörterungen darbietet; im Uebrigen ist die Behandlung des Gegenstandes durchaus oberflächlich. Von einer „statistischen Studie" darf man doch erwarten, dass sie das Material mit einer gewissen Allseitigkeit und zugleich mit kritischer Auswahl beibringt und dasselbe einer klaren Fragestellung entsprechend disponirt. Was uns geboten wird, entspricht aber diesen Anforderungen nicht von Ferne; unglaubwürdiges Material, mangelhafte und confuse Verwendung des Glaubwürdigen führen den Verf. zu seinen verkehrten Schlüssen. Eine Widerlegung der unzweideutigen Beweise für die Wirkung der Vaccination im Einzelnen und im Grossen ist nicht nur nicht gelungen, sondern in der Hauptsache nicht einmal versucht.

Wenn der Verf. geglaubt hat, auf Grund seiner mangelhaften Untersuchungen „seine Ueberzeugung wechseln zu müssen", so wollen wir ihm die subjective Berechtigung dazu nicht bestreiten; wenn er aber meint, dass „damit der Verzicht auf eine Maassregel verbunden sein wird, durch welche wir einem der furchtbarsten Feinde der menschlichen Gesellschaft wirksam entgegentreten zu können glaubten", so befindet er sich vollkommen im Irrthum. *Lotz.*

Anleitung zur Harnanalyse.

Von *W. F. Læbisch.* 449 S. 1881. Preis Fr. 12.

Nachdem die rasch sich entwickelnde zoochemische Analyse gezeigt hatte, dass vorzüglich der Harn die Zersetzungsproducte thierischer Gebilde aufnimmt, und dass man aus seiner Untersuchung sehr oft Schlüsse über den Verlauf vegetativer Processe im gesunden wie im kranken Organismus ziehen kann, trat im Aufschwung der Harnanalyse sowohl hinsichtlich ihrer Methoden, als ihrer Bedeutung ein Stillstand nie mehr ein. Die umfassende, thunlichst einfache und sichere Lösung der von diesem Capitel der angewandten Analyse gestellten Aufgaben wird bekanntlich durch den Fortschritt sehr verschiedener Disciplinen bedingt. Um nun ein Bild der heutigen Sachlage in einer für sämmtliche Interessenten gleich nützlichen und anregenden Weise zu entwerfen, hat der Herr Verf. die Ordnung des Materials in der Weise ausgeführt, dass weder die Analyse noch die Semiotik in irgend einem Theile des Buchs prädominiren, vielmehr fast durchgehends so viel als möglich mit einander verflochten sind. Freilich wird Demjenigen, welcher sich rasch über eine Einzelfrage oder auch über das Allgemeinere unterrichten möchte, so weniger gedient und die Orientirung nicht gerade erleichtert; beispielsweise

[1]) Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege.



ist der allgemeine Gang einer Harnuntersuchung zum Schlusse auf 2½ Seiten zwar kurz angegeben, dieser Ueberblick besteht aber hauptsächlich in etwa 15 Citationen von zusammen 170—180 vorhergehenden Textesseiten, auf denen dann nach den geeignetsten Methoden zu suchen ist. Indessen rechtfertigt der Herr Verf. sein System mit dem unbestreitbaren Ausspruch, dass nur derjenige Kliniker, der den ganzen Inhalt der Harnanalyse beherrscht, im gegebenen Falle alle Behelfe verwerthen wird, welche dieselbe der Diagnostik liefert. Sollte es diesem Vorgehen gelingen, die, welche sich mit der Harnanalyse beschäftigen, zum gründlichen Studium aller hingehörigen Fragen zu veranlassen, so wäre das ein sehr erfreulicher Erfolg der vorliegenden Arbeit. Die vollständige Orientirung in der erschöpfend berücksichtigten Fachliteratur wird durch stete Angabe der Quellen wesentlich erleichtert. *K.*

Deutsche Chirurgie.

Herausgegeben von Prof. Dr. *Billroth* und *Lücke.* — Stuttgart, Verlag von F. Enke. Lieferung 64. Prof. Dr. *Vogt:* Die chirurgischen Krankheiten der oberen Extremitäten, mit 116 Holzschnitten und 2 Tafeln in Farbendruck. S. 292.

Gleichwie für die unteren Extremitäten haben die Verletzungen und die chirurg. Krankheiten der oberen Glieder im vorliegenden Werke eine getrennte Bearbeitung gefunden.

Unter den einzelnen Abschnitten des sehr reichhaltigen Heftes sind, als auch für Nicht-Specialisten wichtig, hervorzuheben die Capitel über die verschiedenen Formen der Dactylitis (Panaritium) und über die Erkrankungen der Sehnen und der Schleimbeutel. Auch die an Arm und Schulter vorkommenden Innervationsstörungen, obwohl eigentlich nicht in's Gebiet der Chirurgie gehörend, finden sich in den betr. Abschnitten besprochen. Zahlreiche instructive Holzschnitte zieren den Text. *Münch.*

Regeneration und entzündliche Gewebsbildung.

Von *Fr. Busch.* Klin. Vortr. Nr. 178. Leipzig, 1880, Breitkopf & Härtel.

Um den gewöhnlich gebrauchten Ausdruck Regeneration aus Defect auf seine wissenschaftliche Basis zurückzuführen, beschränkt der Verfasser diesen Vorgang nur auf wenige Gewebe: Epidermis, Haare, Nägel, Knochen, insofern Periost mit Osteoblasten, überhaupt der Erzeugungsherd nicht vernichtet ist. Sonst anerkennt er allen Ersatz der Defecte nur als das Product entzündlicher Gewebsbildung, welche These zwar beim Nervensystem, zum Voraus bei den sensibeln Aesten, etwelcher Modification bedarf. [1])

Diese Abhandlung wird nicht verfehlen, weitere morphologisch wissenschaftliche Forschungen auf diesem Gebiet anzuregen. *Sigg.*

Aerztliche Blicke in's menschliche Leben.

Physiologische Abhandlungen für Gebildete aller Stände von Dr. *Fr. W. Müller.* Freiburg i. Br., 1878, Herder. 67 S.

Vier kleine Abhandlungen, von denen man nicht recht sagen kann, wie sie zu dem Titel: Aerztliche Blicke etc. kommen. Die beiden ersten „Leib und Seele" und „Ueber die Entwicklung des menschlichen Organismus und das Seelenleben im Kindesalter" haben immerhin Anklänge an die Medicin in naturwissenschaftlicher Beziehung, indem sie aus gewissen äussern Einflüssen auf die Lebensverhältnisse einerseits und aus der Entwicklung des Centralnervensystems andererseits Krankheitsursachen herleiten. Nr. 3 „Ueber Ahnung und Vorhersagung" ist nicht ohne Interesse als Sammlung einiger frappanter Beispiele von divinatorischer Begabung. Von fast erschreckender Belesenheit des Verfassers in Autoren jeder Wissenschaft und jeden Zeitalters zeugt jedenfalls das Schriftchen. Dagegen dürfte Jedem, der Nr. 4 „Zur Charakteristik des Weibes" durchzulesen die Geduld hat, die Frage sich aufdrängen, in welcher Classe von Frauen denn eigentlich der College seine Studien über deren Geschlechtseigenthümlichkeiten gemacht habe. Wir können nicht umhin, ihn seiner Erfahrungen halber zu bemitleiden. *Trechsel.*

---

[1]) Die microscopische Untersuchung eines regenerirten Stückes des Frontalastes des Trigem. (5 Monate nach der Neurectomie) zeigte neugebildete, markhaltige Nervenfasern. (Jahresber. d. chirurg. Abtheilung des Spitales in Basel von 1879.)



Cantonale Correspondenzen.

Genf. Misserfolge des Chinolins. Gestatten Sie mir eine kurze Angabe über die Verwendung der Chinolinsalze am hiesigen Cantonsspitale, deren Resultate ich der Mühe werth halte, Ihnen zur Kenntniss gebracht zu werden, was im Einverständnisse mit Herrn Dr. *A. Wyss*, der sich besonders mit den Versuchen über dieses neue Surrogat für Chinin befasste, geschieht. Die grossen Erwartungen, welche man anfänglich bei den Versuchen mit dem Chinolin hegte und die besonders durch einige Publicationen noch sehr gesteigert wurden, haben sich leider bei der weitern Anwendung in unserer Anstalt nicht erfüllt. Bis jetzt hat man aber durchweg die Erfolge gerühmt, wenn auch die eintretenden Magenbeschwerden und der Brechreiz nicht verschwiegen werden konnten. Die Schuld an diesen fatalen Erscheinungen trägt wohl meistens der sehr brennende Geschmack und widerliche Geruch. Aus mehreren der gerühmten Quellen bezogenes Chinolin zeigte diese Eigenschaften immer in gleichem Maasse.

Ich sehe von einer eingehenden Beschreibung der Darstellung und chemischen Eigenschaften ab, da diese Blätter in Nr. 4 l. J. darüber schon eine kurze Angabe brachten und überhaupt die in Frage stehende Verbindung mit ihren Derivaten besonders in neuerer Zeit einer Fluth von grössern und kleinern Publicationen gerufen hat. Der grossen Bedeutung wegen, welche das Chinolin in der Medicin und Pharmacie einzunehmen versprach, bildet es fortwährend der Gegenstand eingehender Studien der chemischen Laboratorien. Ich stellte im Frühling 1881 nach der *Skraup*'schen Methode eine kleine Quantität desselben synthetisch dar und bereitete daraus auch das weinsaure Salz, das bei ziemlicher Geruchlosigkeit auch einen reinern, doch immerhin sehr brennenden Geschmack aufwies, aber an Reinheit jedenfalls alle im Handel erhältlichen Muster übertraf. (Schweizer. Wochenschrift für Pharm. Nr. 49, 1881.) Währenddem diese nie rein weiss erschienen, war ersteres blendend weiss in schönen Nadeln krystallisirt. Aus diesem Grunde stellte ich unsern Bedarf später aus der käuflichen Base dar, bemerkte bei diesem Anlasse auch, dass ein geringer Ueberschuss an Weinsäure den Geschmack des Chinol. tartaric. angenehmer machte. Da von einer Verabreichung des Mittels in Lösung gar nicht die Rede sein kann, kommt nur die Pulverform in Hostien oder Gelatinkapseln in Betracht, die man hier in 0,25 und 0,5 grmm. Dosen je nach Bedürfniss bis auf mehrere Gramme per Tag einnehmen liess.

Die Versuche, und zwar meistens in einer Anzahl von Fällen, dehnten sich auf folgende Krankheiten aus: Nervenfieber, Wechselfieber, Lungenentzündung, Scharlach, Auszehrung und Neuralgien. Nach der Verabreichung erfolgte immer eine Temperaturabnahme der Körperwärme, wie bei Chinin, jedoch erhöhte sich dieselbe meistens schneller wieder, als beim Gebrauche des letztern, auch zog sich der ganze Verlauf des Fiebers mehr in die Länge, als bei Behandlung mit Chinin. Oefters wurden, bei Dosen von 2—3 grmm., collapsartige Erscheinungen, Schwindel, gesteigerte Respirationsfrequenz, unregelmässiger, rapider Puls etc. beobachtet. Fieberdelirium hat Chinolin trotz seiner vorübergehenden Temperaturerniedrigung nicht beeinflusst.

Wegen den schon erwähnten Uebelständen (anhaltenden Magenbeschwerden, Brechreiz, ja bei Vielen heftigem Erbrechen), die der innerliche Gebrauch des Chinolins mit sich bringt, und weil es überhaupt den Kranken wegen dem unüberwindlichen Widerwillen sehr schnell total unmöglich wurde, noch mehr von dem Mittel einzunehmen, mussten unsere Herren Aerzte von der Anwendung des Chinolins ganz absehen. So sind unsere Hoffnungen, das theure Chinin durch ein sehr billiges Surrogat vertreten zu sehen, für einstweilen vernichtet. *Burkh. Ræber*, Spitalapotheker.

St. Gallen. Ein Fall von Hirnverletzung. Es mag nicht ganz ohne Interesse sein, dem von Herrn Prof. Dr. *Krönlein* in Nr. 6 des Corr.-Bl. vorgeführten Fall von Hirnverletzung einen anzureihen, welchen ich im Jahre 1877 zu beobachten Gelegenheit hatte.

Unterm 29. März stellte sich der kräftige und gesunde Bauernbursche A. K. aus W. mit der Klage, er sei verflossenen Sonntag den 25. Abends der Art in M. auf den linken Arm geschlagen worden, dass dieser nun kraftlos und zur Arbeit untauglich sei. In der That war der Druck mit der linken Hand ein viel schwächerer als der mit der rechten, auch konnte erstere nicht höher als bis zum Mund gehoben werden; am Arm selbst

wurden weder Verletzungen noch Entfärbung der Haut wahrgenommen. Während der Untersuchung war mir aufgefallen, dass Patient nur mit Mühe sprechen konnte und dass der linke Facialis gelähmt erschien. Auf meine Bemerkung, er müsse am Kopfe verletzt worden sein, meinte der Kranke, er habe wohl eine kleine Wunde auf dem rechten Scheitelbein davon getragen, sie sei aber ganz unbedeutend und schmerze ihn nicht. Der Untersuch ergab dann auch an benannter Stelle eine Wunde, welche mit Haaren und einem weisslich-gelben Secret zum Theil bedeckt war. Nach Abrasirung und Entfernung der Haare in der Umgebung, oberflächlicher Reinigung, zeigte sich die Wunde als eine solche mit gezackten Rändern, weit und offen genug, dass ein stärkerer Bleistift hätte eingeführt werden können, in ganz gleicher Höhe mit der von Prof. Dr. *Krönlein* beschriebenen gelegen und etwa 5 cm. weiter nach vornen. Die Mitte der Wunde war mit einem weiss-gelblichen Secret ausgefüllt, das sich dem Pulsschlag entsprechend hob und senkte. Die Sonde konnte bei grosser Vorsicht auf nahezu 3 cm. im Wundcanal vordringen, ohne auf Widerstand zu stossen; erst in dieser Tiefe war ein harter Körper zu fühlen, wohl einem abgesprengten Splitter angehörend. Da unzweifelhaft die Wunde eine penetrirende, die obere Hirnschicht erreichende war, wurde von weitern Sondirungen abgestanden und die Wunde nach Reinigung mit Chlorzinksolution mit Carbolöl und Phenilcoton verbunden und Patient mit der Weisung nach Hause geschickt, sich bei Ankunft zu Bette zu legen.

Aus den Aussagen des Verletzten wie aus den spätern gerichtlichen Erhebungen ergab sich des Weitern, dass demselben während eines Ueberfalles die Kopfwunde mit einem Hausschlüssel beigebracht wurde, worauf er besinnungslos zusammen- und zugleich in den Dorfbach fiel. Wie lange er in dieser peinlichen Situation verweilt habe, wusste er nicht anzugeben, er glaubte indess, es könne nicht über $^1/_4$ Stunde gewesen sein. Zu sich gekommen, arbeitete er sich ohne Hülfe aus seiner Lage und ging, den ganzen Unterkörper durchnässt nach seiner gut $^1/_2$ Stunde entfernten Wohnung. Mit Ausnahme der Schwäche im linken Arm hatte er die ersten Tage über Nichts zu klagen, da diese sich aber nicht verlor, wanderte er den 29. anderthalb Stunden weit zu Fuss zu mir, um den gleichen Weg wieder zurückzulegen.

Verlauf der Verletzung. Den 1. April besuchte ich den Patienten und fand ihn vorschriftsgemäss zu Bett. Die Wunde sah rein aus, sehr wenig eiternd, die Umgebung nicht geröthet, die Pulsation immer deutlich bemerkbar. Der rechte Mundwinkel war auch in der Ruhe nach oben und aussen verzogen, noch mehr beim Sprechen; Pfeifen unmöglich. Patient klagt über ein abgestumpftes Gefühl in der linken Backe, die Sensibilität ist indess gut erhalten. Die Pupillen reagiren gut, gleichmässig, es ist k e i n e Ptosis vorhanden. Der linke Arm kann noch weniger erhoben werden als bei der ersten Untersuchung, der Kranke klagt über leichte Schmerzen, zeitweise leichte Zuckungen durch den ganzen Arm, Ameisenlaufen im Vorderarm, Kriebeln namentlich in den Fingern; die Sensibilität scheint in keiner Weise von derjenigen im rechten Arm abzuweichen. Nirgend konnten am Körper weitere krankhafte Erscheinungen gefunden werden. Respiration, Puls, Temperatur normal, Appetit gut, kein Erbrechen, der ganze Zustand ein so befriedigender, dass die expectative Behandlung wohl noch weiter versucht werden durfte. Bei meinem Besuche am 5. April klagte Patient über vermehrte Schmerzen und zeitweilige stärkere Zuckungen im Arm, im Uebrigen hatte sich in seinem Befinden nichts geändert. Ich entschloss mich zu einer zweiten Untersuchung mit der Sonde und konnte mit dieser die Anwesenheit von Splittern in der Tiefe constatiren. Ohne Schwierigkeit konnte der erste kleine Splitter mit dem *David*'schen Löffel herausgehebelt werden, mühsamer der zweite, da er nicht im Mittelpunct der Wunde lag, sondern nach vorn und unter das Scheitelbein verschoben. Nach Entfernung dieser Knochensplitter liessen die Schmerzen merklich nach, auch das Sprechen ging nach einer Viertelstunde wieder leichter von statten. In den nächsten Tagen machte die Besserung solche Fortschritte, dass Pat. ohne ärztliche Bewilligung das Bett verliess und über Mittagszeit sich in's Freie begab, so auch Mittags den 13. April. An diesem Tag fiel er bei seiner Rückkehr plötzlich nieder und musste besinnungslos nach Hause getragen werden. Bei meiner etwa 4 Stunden später erfolgten Ankunft war der Kranke wieder zu sich gekommen, klagte über Eingenommenheit des Kopfes, grössere Schmerzen und Krämpfe im linken Arm. Durch die Anverwandten konnte ich in Erfahrung bringen, dass Patient während

mehrerer Minuten am ganzen Körper stark geschüttelt worden und dass Schaum vor den Mund getreten sei. Wieder konnte ein kleiner, auf der einen Seite flacher Splitter entfernt werden und zwar aus ähnlicher Lage wie der letzte. Unmittelbar nachher trat Nachlass im Kopfschmerz und den Armconvulsionen ein; die Besserung war nun auf Mitte Mai so weit vorgerückt, dass ich glaubte, hievon dem Bezirks-Physicat Anzeige machen zu müssen, damit dasselbe den schliesslichen Befund aufnehmen könne. Wir waren indess nicht wenig überrascht, den 17. April den Zustand des Kranken wieder verschlimmert zu sehen, denn die Facialislähmung links war prononcirter, es wurde über starke Schmerzen im Kopf, namentlich der Stirn, über ebensolche sowie Convulsionen im linken Arm geklagt. Abermals konnten wir einen kleinen tiefliegenden Splitter entfernen und abermals constatiren, dass unmittelbar darnach Kopf- und Armschmerzen nachliessen, um noch am gleichen Abend ganz zu verschwinden. Von nun an gingen auch alle von der Hirnreizung bedingten Erscheinungen allmälig zurück, die Wunde selbst war in wenigen Tagen für immer geschlossen. Ende Juni konnte der Kranke als vollkommen hergestellt der ärztlichen Behandlung entlassen werden; er befindet sich zur Stunde sehr wohl und zeigt keine Erscheinungen, welche mit seiner nun vor 5 Jahren erhaltenen Verletzung in Zusammenhang gebracht werden könnten.

Da der Fall die grösste Aehnlichkeit mit demjenigen von Prof. Dr. *Krönlein* hat, so können des Letztern Schlussfolgerungen als zutreffend auch für den unsrigen angesehen werden und sehen wir uns daher nur zu wenigen Bemerkungen veranlasst. Unser Fall kam ohne Trepanation zur Heilung und doch will es uns scheinen, dass sie auch hier angezeigt gewesen wäre, vorausgesetzt, dass auf dem Lande allen Anforderungen bei dieser Operation in Bezug auf Listern, Nachbehandlung, Pflege etc. entsprochen hätte werden können. Ein Hauptgrund zum activen Einschreiten liegt in der Gefahr, in welcher der Verletzte schwebt, so lange noch ein zurückgebliebener Fremdkörper (Splitter) Reizungserscheinungen des Gehirns verursachen, selbst bis zu einem schlagähnlichen Anfall führen kann. Wie diese Reizungserscheinungen von solchen auch noch so kleinen Splittern abhängen können, beweist in unserm Fall der jedesmalige, unmittelbar der Entfernung derselben folgende Nachlass der Schmerzen und Convulsionen. Aber auch die Heilungsdauer hätte durch anfänglich operatives Verfahren abgekürzt werden können. Andererseits zeigt unser Fall, wie die subjectiven Erscheinungen trotz der schweren Verletzung nicht entsprechend schwere sein müssen, wie der Verletzte ohne Schaden zu nehmen Tage lang herumgehen, einen 3stündigen Marsch zurücklegen kann. Es sind diese Beobachtungen nicht unwichtige Anhaltspuncte, wenn es sich gegebenen Falls darum handelt, kann und wie weit darf ein ähnlich Verletzter transportirt werden?

Ragaz. Dr. *Jäger*.

Vaud. Dr. *Phil. de la Harpe* †. Messieurs les Rédacteurs du Corr.-Bl.! Vous avez eu l'attention de signaler à vos lecteurs la mort si surprenante de l'un de nos médecins les plus actifs et les plus aimés, du Dr. *Phil. de la Harpe*. Vous l'avez fait en des termes de grande sympathie; je vous en remercie et je viens ajouter ici, pour vos lecteurs, quelques détails biographiques sur cet homme excellent.

Phil. de la Harpe naquit le 1 Avril 1830 à Paudex près de Lausanne. Son père, le Dr. *Jean de la Harpe*, était un médecin et naturaliste d'une activité extrême. Son nom est assez connu et n'a pas besoin d'être rappelé à ceux qui en Suisse se sont occupés des choses de la nature.

La jeunesse de *Phil. de la Harpe* se passa à la campagne, au bord du lac; de bonne heure il sut observer, comparer.

Etudiant à Lausanne en 1847 et 48, il commence ses études médicales à Berne où il lie des amitiés durables que la nouvelle de sa mort aura douloureusement frappées. Plus tard il étudie à Bonn, à Prague, et visite Berlin, Paris et l'Angleterre.

Rentré à Lausanne, il commence sa pratique médicale qu'il exerça jusqu'au jour où la mort vint sans avertissement le surprendre au milieu de son activité.

De la manière dont *Phil. de la Harpe* s'acquittait de ses fonctions professionnelles je ne veux dire qu'un mot, il appliquait avec une conscience extrême son grand talent d'observation et ses connaissances étendues. Doux, patient, attentif, il inspirait à ses malades la confiance et l'affection.

Mais *Phil. de la Harpe* était un naturaliste dans toute la force du terme; pas une va-

cance, pas un instant laissé libre par la pratique, ne fut soustrait aux études des sciences naturelles qui furent sa perpétuelle occupation et son constant délassement. Dès 1858 il est nommé conservateur de géologie au Musée cantonal qu'il enrichit de collections nouvelles et auquel il ne cesse de porter jusqu'au bout l'intérêt le plus vif. Absorbé plus tard par les exigences de la pratique, il consent encore à rester conservateur-adjoint pour la géologie. C'est à ce titre même qu'il crée au Musée une des collections de Nummulites les plus riches qui soient au monde. Ses travaux scientifiques ont paru en général dans le Bulletin de la société vaudoise des sciences naturelles et lui ont assuré l'honorariat de bon nombre de sociétés savantes.

L'esprit qu'il apportait à la recherche scientifique, ne pouvait rester inactif en présence des faits toujours intéressants et des questions sans cesse posées que le médecin rencontre dans sa pratique. Aussi fut-il un de nos praticiens les plus studieux, un membre toujours attentif et vivant de notre société de médecine, le promoteur enfin de la fondation de la Bibliothèque médicale qu'il enrichit de plusieurs dons.

Vous savez, Messieurs, quelle bonté de caractère il apportait dans ses relations confraternelles; vous savez avec quelle conscience il recherchait ce qu'il pensait être le bien et le vrai; et s'il n'était pas toujours d'accord avec vous dans les questions qu'il eut à discuter avec nos confrères de la Suisse allemande, c'est que la divergence existait vraiment dans les choses et qu'elle n'était jamais le fait de sa volonté. Aussi suis-je assuré que notre regretté ami emporta de ceux dont il fut le collaborateur à Berne et à Olten, bien plus que leur estime, je veux dire leur amitié!

Phil. de la Harpe était un chrétien convaincu. Sans faire étalage de sa foi, il la confessait franchement dans des cercles de naturalistes et de médecins où il semble — à mesure que le siècle s'avance — qu'il faut toujours plus de courage pour le faire.

Plus que cela; lors du congrès de Genève contre la prostitution, il y participa franchement, accepta la position de président de la section d'hygiène et y joua un rôle éminent. Et cependant, aussi bien que la plupart des médecins, ses confrères, il voyait la difficulté extrême d'atteindre un mal social dont la première cause remonte jusqu'à l'organisation fondamentale de la société et de la propriété, et peut-être jusqu'à l'organisation humaine elle-même. D'autres, plus nombreux, voyaient les écueils, les obstacles, même les dangers sur leurs pas; — lui, voyait le but au loin, et il y marchait.

Chef de famille, ami, naturaliste, médecin, citoyen, homme enfin, à tous ces titres il y avait des gens qui l'aimaient et qui, partout, se sentirent douloureusement frappés par sa mort soudaine. Aussi ce regret général trouva-t-il une grande expression par les funérailles du 27 février aux quelles assistait une foule entière recueillie, attristée.

Et vous, Messieurs, vous souhaiterez avec moi, n'est-ce pas, que l'esprit élevé, dévoué de ce collégue si tôt perdu, soit celui qui préside toujours à nos relations confraternelles pour l'honneur de notre profession et le bien de notre pays. — Agréez etc.

Lausanne, 27 mars 1882. *D.*

Wochenbericht.

Schweiz.

— In Genf starb nach sehr erfolgreicher ärztlicher Thätigkeit der allgemein geachtete College Dr. *Poux*, 69 Jahre alt, in Yverdon Dr. *Pilicier* und in Lausanne, erst 52 Jahre alt, nach langen Leiden Dr. *Bonnard*, früher „Médecin principal" des Cts. Waadt. Sie ruhen in Frieden!

— Die exacte Beschreibung und Abbildung der **Zwillingsschwestern,** über welche Herr Dr. *Fankhauser* in der Nr. 20, 1881 unserer Zeitschrift referirte, findet sich in Nr. 3 der Revue médicale de la Suisse romande.

Ausland.

Deutschland. Condurango. Dr. *Hermann Hager*, Redactor der „Pharmaceutischen Centralhalle", schreibt in Nr. 10 dieser Zeitschrift: „Was ich vor 5 Jahren unter Condurango im „Handbuch d. ph. Praxis" erwähnte und sagte, halte ich noch heute aufrecht und bedaure, dass unsere Aerzte dem Schwindel nicht Thür und Thor verschlies-



sen. Apotheker X. kauft bei Gehe & Cie. die beste oder theuerste Condurango und muss sich von seinen Kunden und den Aerzten sagen lassen, dass seine Condurango eine herzlich schlechte Waare sei; denn sie habe nicht einmal einen Geschmack. Da erfährt Apotheker X., dass die billige Ecuadorcondurango die bessere Waare sei. Er schafft dieselbe an und muss darüber dieselbe Litanei vernehmen. — Condurango ist keine bestimmte Waare; sie wird von 10 verschiedenen Muttergewächsen, wie sie gerade in den Weg kommen, entnommen, und, damit dem Käufer die Controle abgeschnitten sei, wird die Waare geschnitten, nie ganz nach Europa verschickt. Das, was ich vor 5 Jahren erkannte, ist heute noch richtig und wahr."

Hager ist einer der ersten Pharmacologen unserer Zeit.

— **Lösungsmittel für Jodoform.** Nach Dr. *Vulpius* in Heidelberg lösen bei gewöhnlicher Temperatur Aether Petrolei 1%, Jodoform, Benzin 1,5, Oleum Terebinthinæ 4, Ol. Lavandulæ 7, Ol. Caryophyllorum 8, Ol. Fœniculi 9, Ol. Citri 9, Ol. Rosmarini 9, Ol. Cassiæ Cinam. 14, Ol. Carvi 16% Jodoform.

Es scheinen gewisse Beziehungen zu existiren zwischen Lösungsfähigkeit und Sauerstoffgehalt in dem Sinne, dass erstere mit letzterem steigt. Die Lösung des Jodoforms in Benzin und Petroläther färbt sich blass rosa. Ebenso nimmt eine fünfprocentige Lösung von Jodoform in Chloroform rasch eine dunkelrothe Farbe an, so dass hier wohl an eine eingreifende chemische Reaction zwischen beiden Verbindungen wird gedacht werden müssen. (Archiv d. Pharm.)

— **Medicinischer Congress.** Der Congress der innern Medicin wird am 20., 21. und 22. April in Wiesbaden tagen. Die Geschäftscommission besteht aus den Professoren *Gerhardt* (Würzburg), *Kussmaul* (Strassburg), *Leyden* (Berlin) und *Seitz* (Wiesbaden). „Die Tendenz dieser Versammlung" — so heisst es in der Einladung — „soll eine von der Naturforscherversammlung verschiedene sein, indem es sich ausser den Originalvorträgen wesentlich darum handeln wird, bestimmte Themata von allgemeinem medicinischen Interesse auszuwählen, welche, gründlich vorbereitet, im nächsten Jahre zur Discussion gestellt werden sollen." Für den 1. Congress sind die folgenden Themata zur Discussion designirt: Pathologie des Morbus Brightii; Referenten: *Leyden* (Berlin) und *Rosenstein* (Leiden). Die antipyretische Behandlungsmethode; Referenten: *Liebermeister* (Tübingen) und *Riess* (Berlin).

— **Tuberculose.** Die „Deutsche Medicinalzeitung" meldet die nachfolgende hochwichtige Entdeckung, deren practische Consequenzen gewiss mit der Zeit für die Therapie sehr erfreuliche sein werden.

„Dr. *Koch* (Mitglied des Reichsgesundheitsamts) hat in einem längeren, von Demonstrationen begleiteten Vortrage in der physiologischen Gesellschaft völlig überzeugend und einwurfsfrei dargethan, dass die Tuberculose (Miliartuberculose, käsige Pneumonie etc.) eine Bacterienkrankheit sei, hervorgerufen durch einen dem Lepra-Bacillus ähnlichen Bacillus.

1) Durch eine bestimmte Art der Färbung der Präparate (Methylenviolett und dann Vesuvin) konnte *K.* die ganz charakteristischen, stets bewegungslosen Stäbchen regelmässig constatiren, vorzüglich an der Stelle, wo der Process am frischesten, am spärlichsten, wo er am ältesten war (in Riesenzellen).

2) Es gelang *K.*, diesen Bacillus ausserhalb des Thierkörpers, und frei von aller fremden thierischen Beimischung auf einer besonders präparirten Blutserum-Gelatine zu züchten. Der Bacillus wächst ungemein langsam, gedeiht nur bei einer Temperatur von 30—42° und ist auch sonst wesentlich von den andern rein gezüchteten pathogenen Bacillen und Coccen verschieden.

3) Mit diesen ausserhalb des Organismus bis zu 200 Tagen von Gläschen zu Gläschen gezüchteten Bacillen gelang es in einer grossen und unter allen denkbaren Cautelen ausgeführten Reihe von Versuchen, die Tuberculose (und die Perlsucht der Rinder, welche dieselben Bacillen zeigt) in einer ganz charakteristischen und constanten Weise zu überimpfen. Sowohl Impfungen an den verschiedensten Stellen als auch Injectionen in die Blutbahn erzeugten die acute Miliartuberculose, wie nach längerer Dauer käsige Processe. Ja, durch diese Impfungen gelang es *K.*, Thiere, welche sonst immun sind, in verhältnissmässig sehr kurzer Zeit tuberculös zu machen, so Hunde und Ratten."

— Der **Virchow-Fond** hat bis jetzt die Höhe von 76,612 Mark erreicht.

Frankreich. Der grosse Preis Lecaze im Betrage von 10,000 Fr., bestimmt für die lebenslängliche Hingabe an die wissenschaftliche Physiologie, wurde an *Brown-Sequard* verliehen (vor ihm an *Chauvu*, *Marey* und *Dareste*).

Oesterreich. Prof. *Adalb. Duchek*, einer der gefeiertsten Aerzte und beliebtesten Lehrer Wiens, erlag am 2. März, erst 57 Jahre alt, einem Lungenleiden.

— **Oesophagotomie.** Dem Vereine deutscher Aerzte in Prag stellte Prof. *Gussenbauer* ein $2^1/_2$jähriges Mädchen vor, bei welchem er wegen impermeabler Strictur des Oesophagus, die nach Einflössen eines Kaffeelöffels einer 50% Carbollösung sich herausgebildet hatte, am 9. Januar d. J. die Oesophagotomie machte. Der Wundverlauf war ein sehr guter und ist Pat. gegenwärtig geheilt; sie kann flüssige und auch consistentere Nahrung gut schlingen, eine Schlundbougie (Nr. 30, franz. Scala) kann bei ihr mit Leichtigkeit eingeführt werden. Die näheren Details dieses interessanten und in der Literatur einzig dastehenden Falles bleiben einer ausführlicheren Publication vorbehalten.

(Prag. med. Wochenschr.)

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 26. März bis 10. April 1882.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Von Varicellen sind nur 2 Fälle gemeldet (11, 3, 8).

Scharlach weist 10 neue Erkrankungen auf (23, 17, 22), zerstreut über die Stadt, die meisten im Birsigthale.

Typhus 3 Erkrankungen in Grossbasel (2, 4, 8). Gesammtzahl der Anmeldungen vom 11. Januar bis 10. April 25 gegen 553 im gleichen Zeitraum des Vorjahres.

Von Diphtherie und Croup sind 18 Fälle angezeigt (10, 17, 20), zerstreut über alle Districte.

Erysipelas 4 Fälle (8, 7, 15).

Parotitis 3 Fälle (16, 6, 5).

Von Pertussis und Puerperalfieber sind keine Erkrankungen angemeldet.

Bibliographisches.

16) *Gussenbauer*, Prof. *C.*, Ueber Nervendehnung. Vortrag. 8°. 24 S. Prag, Separatabdruck aus der Prager medicinischen Wochenschrift. Verlag von Fr. Tempsky. Preis 80 Cts.

17) *Badia y Andreu*, *D. Salvador*, Congreso Médico-Internacional de Londres, Correspondencia diaria de la Enciclopedia médico-pharmaceutica. 8°. 122 S. Barcelona.

18) *Weitmann*, Dr. *Aug.*, Ueber die Dauer des Lebens. Vortrag. 8°. 94 S. Jena, Gustav Fischer.

19) *Seeligmüller*, Dr. *Ad.*, Lehrbuch der Krankheiten der peripheren Nerven und des Sympathicus. (*Wreden*'s Sammlung kurzer med. Lehrbücher Band V.) Mit 56 Abbild. 8°. 394 S. Braunschweig, Fr. Wreden. Preis Fr. 11. 50.

20) *Küssner*, Dr. *B.* und *Pott*, Dr. *R.*, Die acuten Infectionskrankheiten. (*Wreden*'s Sammlung IV Band.) 8°. 460 S. Braunschweig, Fr. Wreden. Preis Fr. 11. 50.

21) *Wiener Klinik* 1882. II. Heft. Wien, Urban & Schwarzenberg. Inh.: *Herz*, Dr. *M.*, Die Diarrhœ im ersten Kindesalter.

22) *Mikulicz*, Dr. *Joh.*, Ueber Gastroscopie und Oesophagoscopie. Sep.-Abd. a. d. Wiener med. Presse. 8°. 32 S. Wien, Urban & Schwarzenberg.

23) *Sammlung* klin. Vorträge. Leipzig, Breitkopf & Härtel.
Nr. 210, *Oberst*, *M.*, Die Zerreissungen der männl. Harnröhre und ihre Behandlung. 22 Seiten.
Nr. 211, *von Mosetig-Moorhof*, *A.*, Der Jodoformverband. 54 S.
Nr. 212, *Halbertsma*, *H.*, Ueber die Aetiologie der Eclampsia puerperalis. 10 S.

24) *Oidtmann*, Dr. *H.*, Meine Antwort auf Dr. *Wägener*'s Widerlegung meiner Pockenstatistik der Stadt Cöln. 8°. 36 S. Köln, Th. Quos.

25) *Bischoff*, *Eug.*, Beiträge zur diuretischen und diaphoretischen Behandlung der parenchymatösen Nephritis. Inaug.-Dissert. 8°. 42 S. Basel, Univ.-Buchdruckerei.

26) *Custer*, Dr. *Gustav* (Rheineck), Die hohe Säuglingssterblichkeit im Canton St. Gallen. Pop. Beitrag zur Statistik und zur Kindergesundheitspflege. 8°. 110 S. St. Gallen, A. J. Köppel.

27) *Burckhardt, Emil*, Die Erfolge der chirurgischen Klinik zu Basel während der letzten 20 Jahre. Ein Beitrag zur vergl. Statistik etc. Mit 1 Situationsplan. 8°. 74 S. Leipzig, J. B. Hirschfeld.

28) *Jahresbericht* 1880/81. Verhandlungen der schweiz. naturforsch. Gesellsch. in Aarau 7./9. Aug. 1881. 8°. 148 S. Aarau, Sauerländer.

29) *Zeitschrift für Heilkunde*, II. Band, Heft 6. Forts. der Prager Vierteljahrsschrift für pract. Heilkunde. Prag, 1882, F. Tempsky.

30) *Sommerbrodt*, Dr. *J.*, Ueber eine bisher nicht gekannte wichtige Einrichtung des menschlichen Organismus. Mit 2 Holzschn. Tübingen, 1882, Laupp'sche Buchhdlg. Preis Fr. 1. 10.

31) *Struve*, Dr. *H.*, Das Wesen der phthisischen und diphtheritischen Krankheitsproducte und dessen Therapie. 1882. 8°. 107 S. Tübingen, Laupp. Preis Fr. 2. 70.

Briefkasten.

Herrn Dr. *v. M.* in Sch.: Wir bitten Sie, zu entschuldigen: Ihre Arbeit kommt in chronolog. Reihenfolge am 15. Mai. Zuweilen häufen sich eben die einlaufenden Arbeiten etwas an. Unsere Grüsse. — Herrn Dr. *K.* in St. G.: „Wach' auf, du Schläfer in der Nacht.“ Machen Sie Ihr Oltner Gelübde nicht zu Wasser, sondern zu Tinte. Freundl. Gruss. — Herrn *B. Reber*, Genf: Sehr erwünscht und sehr à propos. Aehnliche Erfolge hier. Besten Dank. — Herrn Dr. *J. M. L.* in P.: Mit Dank erhalten. — Herrn Dr. *Bider*, Langenbruck: Kam für diese Nummer zu spät, folgt in nächster. Freundl. Gruss.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.
Soeben erschien:

Jahrbuch
für
practische Aerzte.

Unter Mitwirkung von Fachgelehrten
herausgegeben von
Dr. Paul Guttmann.

V. Band. 1. Abtheilung.
Preis des Jahrganges (drei Abtheilungen) 17 M.

Das Jahrbuch giebt in Berichten, welche dem Bedürfnisse der ärztlichen Praxis allein Rechnung tragen, eine vollständige Uebersicht über die wichtigeren Leistungen in der Medicin.

Bestellungen auf das Jahrbuch nehmen alle Buchhandlungen und **Postanstalten** an.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.
Soeben ist erschienen:

Zeitschrift
für
klinische Medicin.

Herausgegeben von
Dr. Fr. Th. Frerichs, Professor der medicin. Klinik und **Dr. E. Leyden,** Professor der med.-prop. Klinik in Berlin.

IV. Band. 3. Heft. gr. 8. Mit 3 Tafeln.
Preis des Bandes in 3—4 Heften 16 M.

Prämiirt: Wien 1879. **Reichenhaller** Philadelphia 1876.

Latschenkiefern-Präparate.

Aetherisches Latschenkiefernöl aus Pinus pumilio. — Seit 2 Decennien wird dieses wohlriechende aetherische Oel der alpinen Zwerg- oder Legkiefer, im Gebirge Latsche genannt, von Celebritäten der Medicin zu Inhalationen mit grossem Erfolge bei Hals- und Brustleiden, Asthma, Emphysem, Katarrhen, Blennorrhöen angewendet; zum innerlichen Gebrauche empfehlen sich die mit dem aeth. Oele gefüllten gelatin. Capseln besonders bei hartnäckigen Bronchialoblennorrhöen — Bronchialerweiterungen — selbst bei Cavernenbildung treten überraschende Wirkungen ein; ferner als Einreibungsmittel bei Gicht, Rheumatismus, Lähmungen, Nervenschwäche, entweder rein oder mit fetterem Oele gemischt. — Eine besonders zu empfehlende Anwendung ist die Zerstäubung einer Mischung von Latschenöl mit Weingeist mit oder ohne Wasser. Die Luft des Wohn- oder Krankenzimmers erhält das specifische Aroma des Kiefernwaldes und wirkt äusserst wohlthuend für Gesunde und Kranke.

Latschenkiefern-Extract zum Badegebrauche wird angewendet gegen Skropheln, Rheumatismus, Gicht, Lähmungen, Hautkrankheiten etc.

Bad Reichenhall. **Josef Mack,** Apotheker.

Generaldepot für die Schweiz
bei Herrn Apotheker **C. Fingerhuth,**
Zürich, am Kreuzplatz.



Ergotin Nienhaus
für
subcutane Injectionen.

Sichere Wirkung, ohne Schmerz, ohne Reizung, ohne Abscess.

Dargestellt von **Casimir Nienhaus,**
Apotheker in Basel.

1/1 Flacon von 26 Ccm. = ca. 30 Gr. Inhalt Fr. 6.—
1/2 „ „ 15 „ = ca. 17,5 „ „ „ 3.50

Dieses Präparat wird von den Herren **Professor Dr. J. J. Bischoff** und **Dr. A. Baader** in Basel jetzt ausschliesslich angewandt.

Depots in den Apotheken der Herren **Studer** in **Bern, H. Stern** in **Biel, Stein** in **St. Gallen, Kaspar** in **Genf, Schmidt** in **Montreux,** Apotheke **zum Hammerstein** in **Zürich, Lüdecke**'sche Apotheke in **Berlin, Dr. von Gartzen** in **Cöln, Kauert** in **Elberfeld, Scherer** in **Freiburg i. B., Dr. Wilh. Sick** in **Hamburg, Dr. Aschoff** in **Kreuznach, Ed. Gottschalk** in **Lübeck, Mellinghoff** in **Mülheim a. d. Ruhr, Heurich** in **Metz** für Lothringen und Luxemburg, **Jansen,** Via dei Fossi 10 in **Florenz** für Italien, **C. Haubner's Engel-Apotheke am Hof 6, Wien** für Oesterreich-Ungarn.

Nach Orten, wo keine Depots sind, werden Bestellungen durch die Post rasch effectuirt.

R. Steiger-Zoller,
Bern.

Grosses Lager in Medizinflaschen, rund, oval und viereckig, weiss und halbweiss, billigste Preise, Preiscourant franco zu Diensten.



ADMINISTRATION :
PARIS, 22, boulevard Montmartre.

VERDAUUNGS-PASTILLEN, fabricirt zu Vichy mit dem aus den Quellen gewonnenen Salze. Sie haben einen sehr angenehmen Geschmach und machen einen gewissen Eindruck gegen Magensæure und schwere Verdauung.

SALZ VON VICHY FUR BÆDER. — Ein Kistchen für ein Bad, solchen Personen die nicht nach Vichy kommen kœnnen.

[12314]

UM NACHAHMUNGEN ZU VERMEIDEN, VERLANGT MAN BEI ALLEN ERZEUGNISSEN DIE MARKE DER COMPAGNIE

à Bâle chez E. Ramsperger.



Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

Beilage: Quellen-Analyse des Schwefelbades Alvaneu.

CORRESPONDENZ-BLATT

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die zweisp. Zeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N° 9. XII. Jahrg. 1882. 1. Mai.

Original-Arbeiten.

Ueber Neuritis olfactoria.

Von Prof. Dr. Huguenin.

In diesen Blättern habe ich vor einiger Zeit einige Andeutungen gegeben über die Neuritis optica bei den Hirntumoren. Es möchte an der Zeit sein, einige neu gewonnene Ansichten über eine analoge Affection des Olfactorius (Lobus olfactorius und bulbus), die unter ähnlichen Umständen eintritt, zu entwickeln. Ich muss allerdings gestehen, dass die verwendbaren Materialien vorläufig noch beschränkt sind; es möchte etwas gewagt erscheinen, auf dieselben allgemeine Schlüsse basiren zu wollen. Es mag dies auch die Kürze der folgenden Notiz einigermaassen rechtfertigen.

Im frühern Artikel wurde die Ansicht entwickelt, dass Neuritis und Neuro-Retinitis beim Hirntumor immer die Folge sei einer vom Tumor selbst ausgegangenen und langsamer oder schneller, gewöhnlich allseitig weiterkriechenden entzündlichen Affection der Pia. Nun ist von vorneherein nicht abzusehen, warum die Bulbi olfactorii und die davon ablaufenden Nn. olfactorii ein gleiches Schicksal nicht treffen sollte. In der That erkranken diese Organe sehr häufig in der angedeuteten Weise; Folge davon ist Abnahme, endlich gänzliches Erlöschen des Geruches; im Verlaufe können mannigfache und sehr differente Geruchshallucinationen auftreten. Es gibt aber auch eine analoge, wenn auch seltenere Neuritis acustica, welche wohl bekannt ist von der epidemischen Cerebrospinalmeningitis her. Was den Geruch anbetrifft, so muss ich folgenden Satz an die Spitze stellen:

Wenn im Verlaufe eines chronischen Hirnleidens, dessen allgemeine Symptome diejenigen eines Tumors sind, der Geruch verloren geht (und dies Ereigniss ist durchaus nicht sel-



ten), so darf ebenso wenig wie beim Opticus allemal ein directer Tumorendruck angeschuldigt werden; der Tumor kann im Gegentheil in weiter Ferne sitzen, wo eine directe Einwirkung auf Olfactoriusfasern einfach nicht möglich ist. Geruchsabnormitäten (doppelseitig) können daher zur topischen Diagnose ebenso wenig verwendet werden, wie Amblyopien und Amaurosen mit Neuritis und Neuroretinitis.

Im Folgenden gebe ich einen Fall, den ich vor Jahren schon beobachtete, der mir aber damals nicht ganz klar geworden. Einige neuere Beobachtungen haben dann die Sache aufgehellt.

J. W., ein vagabundirender Knochensammler und Potator, 56 Jahre alt, hatte sich lange Jahre einer vortrefflichen Gesundheit erfreut. Er fing dann an, Symptome einer chronischen Hirnaffection zu zeigen, welche im Ganzen 5 Monate dauerte und mit dem Tode abschloss. Die initialen Symptome sind nicht genau bekannt, da J. W. erst im dritten Monat seiner Krankheit zur Beobachtung kam; es hiess, er habe ein chronisches Delirium tremens und sei vom Schnapstrinken blödsinnig geworden. Die Untersuchung ergab dann aber sofort, dass J. W. eine Hirnkrankheit habe, ohne die er ohne Zweifel noch ein weiteres Jahrzehnt ruhig weiter poculirt hätte.

Anamnestisch gab Patient etwa Folgendes an:

Vor 2 Monaten habe er angefangen an Kopfschmerz zu leiden, der anfangs blos anfallsweise auftrat, dann häufiger und dauernder wurde, von Woche zu Woche kleinere Pausen machte; es sei namentlich Stirnkopfweh gewesen. Trotz Potation seit Jahr und Tag habe er früher von Kopfweh nichts gewusst. Seit circa 6 Wochen habe sich dazu Erbrechen gesellt, zuerst blos zeitweise im Anschluss an die Kopfwehanfälle, dann häufiger, und jetzt erscheine dasselbe unabhängig vom Kopfschmerz alle Tage, namentlich Vormittags, gegen Abend seltener. Namentlich auffallend aber sei ihm eine langsam zunehmende Schwäche des linken Armes und Beines geworden; er habe in Folge dessen seinen Karren nicht mehr schleppen können. Weitere Symptome wusste Patient — den ich in der Praxis eines befreundeten Arztes flüchtig sah — nicht anzugeben, seine Sehschärfe schien intact, die ophthalmoscopische Untersuchung ergab nichts. Patient zeigte eine linkseitige Parese, die sich noch durch ein auffallendes Symptom auszeichnete, das schon mehrfach bei Hemisphärentumoren beobachtet worden ist: Mit geöffneten Augen konnte Patient mit der linken Hand noch ziemlich alle Bewegungen ordentlich ausführen, Knöpfe zur Noth auf- und zumachen, mit den Fingern in die Westentasche greifen u. dergl. Mit geschlossenen Augen aber war Pat. gänzlich nicht im Stande, solche Dinge auszuführen, namentlich fand er Knöpfe und Taschen nicht, während mit der rechten Hand alle Bewegungen mit voller Sicherheit bei geschlossenen Augen ausgeführt wurden. Am linken Arm und linken Bein fehlte zu einer Zeit das Muskelgefühl, in welcher die Motilität noch relativ gut, die Sensibilität aber völlig intact war.

In den folgenden 2 Monaten sah ich den Pat. nicht, aber seine Hirnkrankheit machte langsame Fortschritte. Kopfschmerz und Erbrechen blieben gleich und der ganze Mann verfiel körperlich und geistig mehr und mehr. Sein Gedächtniss wurde schwach, es stellte sich ein Zustand schwachsinniger Gereiztheit ein, welche den Kranken für seine Umgebung fast unerträglich machte, und welche lebhaft an gewisse Fälle von Dementia senilis erinnerte. Die linkseitige Parese wurde stärker, so dass am Ende des vierten Krankheitsmonates sich Pat. nur noch mit Hülfe zweier Krücken mühsam ein bischen herumschleppen konnte. Er fing auch an, Stuhl und Urin unter sich zu lassen, während die Sinnesthätigkeiten noch relativ in Ordnung zu sein schienen. Eine damals unternommene Untersuchung ergab Folgendes:

Sensorium hat sehr gelitten, Gedächtniss schwach, Einsicht in die augenblicklichen Verhältnisse und Umstände sehr beschränkt. Hauptklage Kopfweh und Erbrechen, Schwindel fehlt. Linkseitige sehr erhebliche Extremitätenparese, das früher angegebene auffallende daran geknüpfte Symptom jetzt weniger in die Augen fallend, weil Pat. nur

sehr wenige ausgiebige Bewegungen vollführt. Zudem klagt Pat. über Abnahme des Gehörs, namentlich aber zunehmende Abnahme des Gesichts. Ophthalmoscopische Untersuchung: Neuritis descendens hohen Grades, verwaschene Papillargrenzen mit radiärer zarter Zackung und Streifung des Randes der Papille; letztere geröthet und etwas elevirt, mit radiärer, stark rother, zarter Streifung versehen; Venen etwas erweitert. Genaue Untersuchung der Sehschärfe konnte damals leider nicht vorgenommen werden. An beiden Ohren Abnahme des Gehörs. Totale Vernichtung des Geruches, Patient riecht aber auch gar nichts, kann auch nicht mehr durch den Geruch die verschiedenen Schnäpse von einander unterscheiden, was er früher vortrefflich verstand. Entsprechend der linkseitigen Extremitätenparese zeigt sich eine Parese des linken Facialis und Hypoglossus. Pupillen gleich und Reaction gut, kein Strabismus, nichts im Oculomotorius und Abducens. Organe ohne Veränderung. Potation war constant fortgesetzt worden. Unter dem Eindrucke der Idee, dass eine Vernichtung des Geruches mit einem directen Druck auf den Olfactorius zusammenhangen müsse, unterblieb damals eine Localdiagnose.

Nun ging es mit dem Kranken rasch bergab, die Verblödung machte rapide Fortschritte, Patient wurde immer unvernünftiger, machte allerlei unsinniges und hässliches Zeug, manipulirte mit Koth und Urin wie ein Kranker mit Dementia paralytica. Die Kopfwehanfälle schienen in diesem letzten Lebensmonate weniger heftig zu sein, hörten aber nie ganz auf. Gegen seine Angehörigen wurde der Kranke gänzlich gleichgültig, hatte aber viele Anfälle ohnmächtigen Zornes, in denen er mit dem rechten Arme energisch um sich schlug. Linker Arm und linkes Bein wurden ganz gelähmt und zwar motorisch und sensibel, so dass schliesslich constante Bettlage eingehalten werden musste. Facialis in Mund- und Nasenästen links, Hypoglossus zeigten starke Lähmung, ebenso war die Sensibilität der linken Gesichtshälfte stark reducirt, wenn auch nicht ganz aufgehoben. Pat. erschien ferner 4 Wochen vor seinem Tode völlig erblindet, Geruch 0, Geschmacksfunction erhalten, auch das Gehör schien nicht weiter gelitten zu haben. Die Sprache blieb gut, d. h. Pat. sprach langsamer als früher, aber keine Anarthrie. In den letzten 3 Wochen der Krankheit wurden 5—6 Mal leichte Convulsionen der linken Körperseite beobachtet, auch das Gesicht scheint theilgenommen zu haben. Während der Convulsionen war der Kranke nicht bewusstlos. Nun hörte er auf zu essen, brach häufig, bekam dann einen grossen Decubitus; in den letzten 10 Tagen entwickelte sich ein schwerer Bronchialcatarrh, und der Kranke starb ca. 5 Monate nach Beginn der Krankheit im Zustande äussersten Marasmus, ohne dass sich neue deutliche Hirnsymptome entwickelt hätten. — Das Hirn hatte ich Gelegenheit im frischen Zustande genau zu untersuchen, die andern Befunde sind irrelevant.

Schädeldach von mässiger Dicke, Dura stark mit Blut gefüllt, an der Innenfläche einige dünne, wenig fest anhaftende, durch kleine runde Hämorrhagien gesprenkelte Pseudomembranen, und zwar beidseits, Sinusse leer.

Die rechte Hemisphäre erscheint etwas voluminöser als die linke, beide übrigens etwas gespannt und die Gyri etwas abgeplattet; die Gefässe wenig gefüllt, die grossen Venen der Pia abgeplattet; Alles auf der rechten Seite mehr als auf der linken.

Der rechte Temporallappen breiter und elevirter als der linke, an der Oberfläche desselben keine besondere Abnormität. Aber ein sehr eigenthümliches Aussehen zeigt die Pia der ganzen Basis: sie ist vom vordern Ponsrand an bis um das Chiasma herum bedeutend verdickt, milchig getrübt, zeigt Obliteration der basalen subpialen Räume, das ganze Chiasma ist in ein zähes Bindegewebe eingeschlossen, welches sich nach beiden Seiten in die Fossæ Sylvii hinein erstreckt und sie fest verschliesst. Aber diese chronische Entzündung erstreckt sich auch über die ganze Unterfläche des Stirnhirns, die Pia zeigt hier allenthalben eine Granulation ähnliche Beschaffenheit, ähnlich dem Ependym beim chronischen Hydrocephalus. Dabei zeigt die sonderbarsten Verhältnisse der Lobus olfactorius:

Er ist förmlich von allen Seiten in das entzündlich verdickte Bindegewebe eingehüllt, ist beidseits dünner als normal, der Trac-

tus olfactorius gerade mit der Loupe noch erkennbar, der äussere Riechstreif nach Entfernung der Pia nur mit grosser Mühe noch aufzufinden. Die Bulbi olfactorii in hohem Grade atrophisch, kleiner, härter als gewöhnlich, von dickem Bindegewebe eingehüllt.

Also eine weit verbreitete chronische Basalmeningitis, die den Olfactorius zur Atrophie gebracht hatte. Die Optici sind damals leider nicht näher untersucht worden.

Ursache dieser Entzündung: Im rechten Lobus temporalis steckt ein Tumor; Dimensionen: ca. 5 cm. Höhe, horizontale Dimension nach allen Richtungen ca. 6 cm. Gegen die umgebende Hirnsubstanz ist derselbe durch eine Zone gelb erweichten Nervengewebes abgegrenzt, in dieser zonalen Erweichung finden sich kleine fleckige Blutergüsse. Die Rinde des ganzen Schläfelappens verdünnt. Die weitere Umgebung nach oben, namentlich in die Basis des Linsenkerns und in den Fuss des Pedunculus hinein im Zustande des entzündlichen Oedems. Nach innen hat der Tumor das Unterhorn zu einer ganz schmalen Spalte comprimirt, auch die Hackenwindung mit Ammonshorn stark comprimirt und rarificirt, der rechte Tractus opt. etwas verschmälert. Alle Ventrikel stark erweitert, ausgenommen das comprimirte rechte Unterhorn, das linke ist weit. Im Ventrikel eine grosse Quantität seröser Flüssigkeit, Balken und Fornix etwas erweicht, ohne Zweifel postmortale Maceration, Ependym zeigt deutliche Granulationen, die Plexus gequollen, verdickt, starr. Von einer Compression der Vena magna Galeni kann im vorliegenden Falle keine Rede sein. Rechter Pedunculus und Pyramide schmäler, Rückenmark nicht näher untersucht. — Der Tumor ist ein Sarcom.

Anat. Diagnose: Sarcom des rechten Schläfelappens, chronische Meningitis der Basis, der Plexusse, neuritische Atrophie des Opticus und Olfactorius.

(Schluss folgt.)

Die Indicationen zur Kropfexstirpation beim gegenwärtigen Stande der Antisepsis.

Von Prof. Dr. **Theodor Kocher** in Bern.

(Schluss.)

Von unsern 58 Operirten sind 10 gestorben = 17,2%. Ziehe ich die Krebskropfoperationen ab, so beträgt die Mortalität 14,8%, d. h. es sind von 54 Operirten 8 gestorben. Von den 10 Todesfällen kommen 3 auf Rechnung von Nachblutungen, allein bei allen 3 hatte die Wunde geeitert, war also der Verlauf nicht aseptisch und dadurch die Nachblutung ganz wesentlich mitverschuldet. Einer der Fälle mit Nachblutung fiel noch in die Zeit der offenen Wundbehandlung, einer war durch die genauer geschilderte unfreiwillige Aetzung der Wunde mit sehr starker Chlorzinklösung zu Wege gebracht, einer war durch eine zu spät berücksichtigte Communication der Wunde mit dem Pharynx inficirt worden bei der Operation eines Krebskropfes.

Nachblutungen bei Kropf sind wegen der Grösse der Thyreoidealgefässe sehr gefährlich. Allein für gewöhnliche Kröpfe fallen sie kaum mehr in's Gewicht, da wir die Wunde aseptisch zu erhalten die Mittel besitzen.

Die übrigen 7 unter den 10 Todesfällen sind durch Sepsis direct zu Stande gekommen. Es ist sehr bemerkenswerth, dass auf die 18 Fälle, wo die offene Wundbehandlung in Anwendung kam, blos 2 Todesfälle durch Sepsis fallen = 11,1%, also erheblich weniger als bei den nachherigen „regelrecht“ antiseptisch behandelten Fällen. Aehnlich ist es bei *Kappeler*: Von 7 Fällen, welche er bis zum Jahre 1872 offen behandelte, ist ihm keiner gestorben. Es zeugt diese Er-



fahrung wiederum dafür, dass die offene Wundbehandlung mit das beste antiseptische Verfahren ist, welches wir besitzen, eine Thatsache, welche ich schon bei Gelegenheit einer Mittheilung über Knieresections-Statistik hervorzuheben Veranlassung fand. Was ihre Nachtheile gegenüber der von *Lister* inaugurirten antiseptischen Wundbehandlung mit sorgfältiger Naht, ev. Occlusion oder Drainage sind, braucht nicht hervorgehoben zu werden.

Die Ursache der Sepsis in den nicht offen behandelten 5 Todesfällen lag insofern klar zu Tage, als in allen eine besondere Veranlassung vorlag: In einem Falle (29) war offenbar der Infectionsstoff direct eingeimpft worden, indem eine unmittelbar vorher gemachte Radicaloperation einer Hernie trotz aller antiseptischen Cautelen [1]) ebenfalls an acutester Sepsis zu Grunde ging. Je mehr experimentirt wird, desto klarer zeigt sich, dass die Mehrzahl der für Verhütung der gewöhnlichen Fäulniss völlig genügenden antiseptischen Lösungen zur Ertödtung specifischer pathogener Organismen unwirksam sind. Man vergleiche nur die neuesten Untersuchungen von *R. Koch.* [2]) Durch die gehörige Unterscheidung von Contact- und Spontaninfection wird es uns gelingen, derartige Unglücksfälle mehr und mehr zu vermeiden.

Eine der septischen Infectionen wurde durch Catgut veranlasst, welches nach der früheren Vorschrift von *Lister* bereitet in Carbolöl aufbewahrt war. Erst nachdem zahlreiche Ligaturen in das lockere prävertebrale Zellgewebe gelegt waren, erkannte man als Ursache eines eigenthümlichen Geruches, welcher schon einige Zeit vorher aufgefallen war, eine Zersetzung in den Carbolölfläschchen.

Es ist dieser Fall in Uebereinstimmung mit einer ganz analogen Erfahrung, welche *Zweifel* in Erlangen veröffentlicht hat und mit einem Falle von *Kappeler*. Wir haben seither nie mehr Catgut aus Carbolöl benutzt, sondern eine Zeit lang blos Seide, danach die von uns angegebene Präparation mit Ol. Juniperi. Seit *Koch* bewiesen hat, dass die Oel- und Alcoholverbindungen des Carbol als Antiseptica unwirksam sind, wird man von der alten Aufbewahrungsweise des Catgut definitiv abstrahiren müssen.

In einem Falle erfolgte septische Infection, weil es der Patientin gelungen war, in der ersten Nacht den Verband so weit abzureissen, dass die Wunde freilag. In unserem alten Inselspital, dessen Uebelstände wir noch 2—3 Jahre uns gefallen lassen müssen, ist bei Wunden, welche in dieser Weise offen bleiben, die Infection sicher. Der Zufall war bei dem betreffenden Mädchen um so schlimmer, als hochgradige Dyspnœ bestand und das zersetzte Secret deshalb besonders energisch aspirirt wurde.

In einem vierten Falle war der Exitus veranlasst durch eine am 14. Tage erfolgte Pneumonie, welche wahrscheinlich mit Zersetzung in der Wunde in Zusammenhang stand, da Pat. schon vor Auftreten der pneumonischen Erscheinungen Fieber gehabt hatte.

Im fünften Falle war nach einer besonders schwierigen Exstirpation einer dif-

---

[1]) Notabene Carbolantisepsis mit Spray etc.
[2]) *R. Koch,* Mittheilungen des kaiserlichen Gesundheitsamtes. Berlin, 1881.

fusen Hyperplasie völlige Heiserkeit und Dyspnœ resultirt, welche für die rasche Verbreitung der septischen Infection als wesentliches Moment betrachtet wurde. Da die Section hier nicht gestattet war, liess es sich nicht sicher entscheiden, ob Läsion der Recurrentes oder andere Ursachen die Dyspnœ, welche so früh eintrat, verschuldet hatten.

Wenn wir nach Analyse sämmtlicher Todesfälle aus der Statistik der neuern Zeit nach den Gefahren fragen, welche einer Kropfexcision noch anhaften, so ergibt es sich, dass die unmittelbaren Bedenken der Operation, vorzüglich die Gefahren der Verblutung während der Operation, so ziemlich auf null reducirt sind. Ein unmittelbarer Exitus während der Operation in Folge hochgradiger Blutung ist nicht mehr vorgekommen in den letzten Zeiten, selbst bei äusserst schwierigen Operationen nicht. Nachblutungen sind noch mehrfach beobachtet, allein Lebensgefahr haben sie bei der jetzigen Behandlung nur mehr dann herbeigeführt, wenn sie mit septischen Vorgängen in der Wunde complicirt waren. Wir können deshalb auf die Besprechung dieser letztern verweisen.

Rose beschreibt Todesfälle in Folge Abknickung und Zusammenklappen der Trachea bei Erweichung der Trachealknorpel. Es ist uns nicht bekannt, dass ausser *Rose* selber ein anderer Chirurg einen solchen Todesfall während der Operation erlebt hätte. Dagegen sind plötzliche Erstickungszufälle nach der Operation auf die erwähnten Veränderungen in mehreren Beobachtungen zurückgeführt worden.

Es sind diese Fälle Ausnahmen und fallen bei der Besprechung der Indicationen insofern nicht schwer in's Gewicht, als sie blos vorkommen, wenn schon vor der Operation hochgradige Dyspnœ bestand, resp. letzere eine Indicatio vitalis zu activem Vorgehen abgab.

Von grösserer Bedeutung wegen ihrer Häufigkeit ist die aus partieller oder vollständiger Stimmbandlähmung resultirende Dyspnœ. Dieselbe beruht wohl gelegentlich auf Durchschneidung des einen oder gar beider Recurrentes. Dass dies aber nicht gewöhnlich ist, geht daraus hervor, dass die Mehrzahl der Stimmbandlähmungen mit der Zeit wieder verschwindet. Ferner theilt *Wölfler* eine Autopsie mit, welche beweist, dass bei Stimmbandlähmung Durchschneidung durchaus nicht nothwendige Ursache ist.

Es hat die Dyspnœ, wie schon oben hervorgehoben ist, ihre sehr grosse Bedeutung für den Verlauf; die Prognose ist schlimmer als bei mässiger oder fehlender Athemnoth. Allein das haben wir durch Vergleich bestimmt feststellen können, dass bei völlig aseptischem Verlauf selber hochgradige Tracheostenose die ungestörte Heilung gar nicht beeinträchtigt. Nur wenn der Verlauf kein völlig aseptischer ist, wird die Dyspnœ bedenklich, indem durch die Inspirationsbewegung des Thorax die Wundsecrete nach dem Thorax zu in das tiefere Zellgewebe aspirirt werden und in Folge dessen die nachträgliche Erzwingung einer Asepsis durch Desinfection und Sorge für freien Abfluss illusorisch wird. Wenn man sich überzeugt hat, dass selbst erhebliche Athemnoth keinen Schaden bringt, sobald die Antisepsis vollständig gelungen ist, so wird man sich schwer entschliessen, die Tracheotomie zu machen, wie *Rose* vorschlägt. Wir haben *Rose*'s Vorschlag blos

ganz ausnahmsweise in Anwendung gezogen und oben wurde bereits hervorgehoben, wie sehr viel schlechter die Resultate *Billroth*'s in den Fällen gewesen sind, wo er die Tracheotomie ausgeführt hat. Die Tracheotomie macht eine strenge Antisepsis nahezu unmöglich.

Wenn sich Verblutungs- und Erstickungsgefahr puncto Häufigkeit den eigentlichen Zufälligkeiten anreihen, wie Chloroformcollaps, Vergiftung u. s. w., indem dieselben so selten sind, dass sie nicht in Berechnung gezogen zu werden brauchen bei Stellung der Indication oder wenigstens nicht mehr in's Gewicht fallen, als bei jeder chirurgischen Operation überhaupt, so spielt die Sepsis immerhin noch eine etwas grössere Rolle. Nicht diejenigen Fälle kommen dabei wesentlich in Betracht, wo ausnahmsweise einmal eine directe Einimpfung von Infectionsstoffen von einem andern Kranken stattfindet oder wo ein Patient sich den Verband abreisst und die Wunde äussern Schädlichkeiten preisgibt oder wo ein inficirtes Material für Ligaturen Anwendung findet, vielmehr müssen wir mit denjenigen Fällen von Sepsis rechnen, welche trotz der verbesserten Technik und trotz aller antiseptischen Maassnahmen auftreten.

Die Exstirpation eines Kropfes bietet a priori nach mehreren Richtungen grössere Gefahr der Sepsis, als andere Operationen: Die Operation dauert lange, bedingt sehr zahlreiche Gefässunterbindungen. Die Wundhöhle steht ferner unter Einfluss der Respirationsbewegungen, welche durch Aspiration sowohl von Secreten, als durch Zerreissung von Blutgefässen und Blutsuffusion in das lockere Halszellgewebe bei heftigen Husten- und Brechanstrengungen ungünstig wirken.

Bis wir die Sicherheit haben, die letzterwähnte Gefahr der Sepsis ganz zu verhüten, dürfen wir nicht behaupten, dass für jeden wachsenden Kropf, welcher nicht durch Jodbehandlung heilbar ist, die Indication zur Excision bestehe.

Dürfen wir nun auf Grund unserer Mittheilungen behaupten, dass wir diese Sicherheit erlangt haben?

Die Antwort auf diese Frage scheint uns vorzüglich von zwei Gesichtspuncten aus möglich. Einmal glauben wir einen Beweis für die Berechtigung einer Bejahung jener Frage dem Umstande entnehmen zu dürfen, dass mehrere Operateure ganze Serien von Kropfexcisionen hinter einander ohne Todesfall ausgeführt haben. Da hier eine Auswahl der Fälle vollständig ausgeschlossen ist, schwere und leichte Operationen mit einander abwechseln, so scheint es uns, dass man eine Beherrschung der Gefahr auch von Seite der Sepsis nicht mehr in Abrede stellen kann: *Billroth* hat in zwei auf einander folgenden Publicationen 20 Fälle von Kropfexcision mitgetheilt, welche sämmtlich glücklich verliefen, alle nach einer bestimmten Methode gemacht und unter denselben antiseptischen Cautelen. Wir haben unsere letzten 20 Fälle, welche alle nach der von uns beschriebenen Methode der Chlorzinkantisepsis behandelt sind, geheilt. Den Todesfall in Folge einer aus Versehen zugereichten falschen Lösung zur Irrigation wird man uns ausser Berechnung zu setzen wohl erlauben. Gerade die Thatsache, dass seit Einführung dieser bestimmten Wundbehandlungsmethode kein Todesfall mehr vorgekommen ist bei einer Kropfexcision (maligne Tumoren ausgeschlossen), muss besonders hervorgehoben

werden und gibt uns Anlass, noch mit zwei Worten auf die für Kropfoperationen empfehlenswerthen Methoden der Antisepsis einzugehen.

Die Mehrzahl der Chirurgen der neuesten Zeit hat auch bei den Kropfexcisionen „strenge gelistert", d. h. mit Carbol desinficirt, unter Carbolspray operirt und mit Carbolgaze verbunden. *Baumgärtner* hat die Wunde mit 2% Carbollösung ausgewaschen und mit essigsaurer Thonerde verbunden. *Billroth* hat Thymolspray benutzt und die Wunde mit 0,1% Thymollösung ausgewaschen, danach den Verband mit *Billroth*'scher Gaze besorgt, welche ohne Carbol aus Colophonium und Paraffin bereitet ist. Wir haben die Wunde mit 0,2% Chlorzinklösung irrigirt (am besten geschieht dies blos mit Schwämmen) und mit in solche Lösung getauchtem Chlorzinkkrüll und 1% Chlorzinkglycerin drüber verbunden.

Nachdem wir in einem klinischen Vortrage der *Volkmann*'schen Sammlung zahlreiche experimentelle und klinische Belege für die antiseptische Wirkung der schwachen Chlorzinklösungen beigebracht hatten, ist in neuester Zeit von *R. Koch* in Berlin (loc. cit.) dem Chlorzink jeder Werth als Antisepticum rundweg abgestritten worden. *Koch* findet, dass selbst stärkere Chlorzinklösungen weder die Entwicklung von Sporen noch von ausgebildeten Bacillen hindern. *Koch* hat hauptsächlich an Micrococcus prodigiosus und Milzbrandbacillus seine Experimente angestellt. Wir sind weit entfernt, die Genauigkeit der *Koch*'schen Beobachtungen bestreiten zu wollen. Dagegen erheben wir uns auf Grund der Angaben, die uns von *Nencky* gemacht sind, zunächst gegen die Beweiskräftigkeit seines Experimentes, bei welchem er eine Eiweisslösung mit Chlorzink versetzt und in dieser die Entwicklung der Bacterien studirt. Das Chlorzink zersetzt sich mit einem Theile des Eiweisses zu einem unlöslichen Zinkalbuminat und es bleibt eine einfache Eiweisslösung übrig, in welcher das Wachsthum von Bacterien ungehindert vor sich gehen kann.

Ganz anderer Natur sind die Experimente unseres frühern Assistenten Dr. *Amüat*, auf welche wir uns in unserer Arbeit berufen haben. Hier wird Fleisch, Blut etc. mit Chlorzinklösung $^1/_4$ Stunde zusammengebracht und danach mit gewöhnlichem Wasser in den Brütofen gestellt. Wir haben die Experimente auf die *Koch*'schen Angriffe hin in neuester Zeit noch einmal selber wiederholt und die Angaben von *Amüat* durchaus bestätigen können: Während Fleisch mit gewöhnlichem oder destillirtem Wasser in einem Reagenzgläschen angesetzt, nach 24 Stunden bereits üblen Geruch entwickelt und eine gefärbte Probe mit Immersionslinse betrachtet, von Fäulnissbacillen wimmelt, zeigt ein ähnliches Präparat, wenn das Fleisch blos eine Viertelstunde vor dem Versuch in 0,2% Chlorzinklösung gelegen hatte und mit derselben ein paar Mal geschüttelt worden war, gar nichts Aehnliches. Es finden sich ganz feine Körnchen, die den Farbstoff schlecht angenommen haben und vereinzelt deutliche Micrococcen, zum Theil in kurzen und längeren Reihen angeordnet. Während in den folgenden Tagen die Bacillen des Controlpräparates zu langen, zum Theil gegliederten Stäbchen und Faden auswachsen, findet im Chlorzinkpräparat gar keine Entwicklung von Bacillen oder Bacterien statt; nur ausnahmsweise sieht man ein Stäbchen, welches wohl durch Verunreinigung hinein gelangt sein mag.

Vom vierten Tage ab dagegen treten im Chlorzinkpräparat, welches noch keine Spur von Geruch zeigt, während das Controlpräparat stets sehr intensiv stinkt, grosse Sporen auf, welche in den folgenden Tagen in Schläuchen auswachsen. Prof. *Lichtheim*, welcher sich mit Pilzversuchen gerade sehr eingehend beschäftigt, erklärte jene Sporen und Schläuche mit Bestimmtheit für Schimmelpilze. Wir freuen uns, constatiren zu können, dass unser lieber College *Lichtheim*, welcher durch seine Untersuchungen zu sehr übereinstimmenden Resultaten mit *R. Koch* gelangt ist, sich von den zweifellosen antiseptischen Eigenschaften des Chlorzink mit uns überzeugen konnte. *Lichtheim* hält es zwar für möglich, dass auch die ganz feinen und sehr schlecht gefärbten Körnchen im Chlorzinkpräparat als Coccen angesprochen werden müssten. Soviel scheint mir deutlich, dass in den folgenden Tagen von einer Weiterentwicklung oder Vermehrung dieser Körnchen nichts wahrzunehmen ist; ganz sicher aber ist, dass trotz dieser Körnchen eine Zersetzung des Fleisches und auch des Blutes während einer Reihe von Tagen vollkommen ausbleibt. Wenn man den oben geschilderten Versuch mit Fleisch, welches eine Viertelstunde lang mit 0,2% Chlorzinkwasser behandelt war, in grössern Retorten anstellt, so ist am fünften Tage weder Fäulniss noch Schimmelbildung wahrzunehmen; am achten Tage hat sich eine Schimmeldecke gebildet mit Geruch nach Sauerkraut. Versetzt man frisches Ochsenblut mit gleichen Theilen Wasser, so ist am nächsten Tag faulige Zersetzung im Brütofen vorhanden. Versetzt man mit 0,2% Chlorzinklösung, so ist am fünften Tage noch nichts von Fäulniss, am achten ein brenzlicher Geruch zu constatiren.

Koch hat gefunden, dass Chlorwasser und Sublimat ausgezeichnete Desinficientien seien: Chlorwasser tödtet Milzbrandsporen nach eintägiger Einwirkung, Sublimat bewirkt dies nach wenigen Minuten in einer Verdünnung von 1 : 5000. Bei 1 : 1500 wirkt Chlor in wässriger Lösung noch entwicklungshemmend auf Bacterien, Sublimat in 1 : 300,000. Wir haben Fleisch $^1/_4$ Stunde lang mit Sublimat (1 : 5000) geschüttelt und mit Chlorwasser (1 : 10) und mit gewöhnlichem Wasser (wie beim Chlorzink) im Brütofen stehen gelassen. Bei Sublimat sowohl als Chlorwasser war am dritten Tag Fäulniss eingetreten. Wir versetzten Blut mit gleichen Theilen derselben Sublimat- und Chlorwasserlösung. Bei Chlorwasser war am fünften Tage, bei Sublimat am achten Tage Fäulniss eingetreten.

Es geht aus diesen Versuchen wohl zur Evidenz hervor, dass ein chemischer Stoff ein sehr gutes Desinficiens sein kann und in praxi doch lange nicht das leisten, was ein ungleich schwächeres Antisepticum zu leisten vermag. Wir können ja während einer Operation die antiseptischen Lösungen und Mittel nur relativ kurze Zeit auf die Wundoberfläche wirken lassen. Nehmen wir das anerkannteste Antisepticum, das Carbol heraus. Von diesem gibt *Koch* an, dass nach Aufenthalt in einer 5% Carbollösung während 24 Stunden sich Milzbrandsporen noch weiter entwickeln. Es kann sich also bei dem Spray und den Carbolabwaschungen offenbar nicht darum handeln, die auf die Wunde gelangenden Keime entwicklungsunfähig zu machen, vielmehr beruht die Wirkung entweder blos in dem Abtödten bereits entwickelter Microorganismen (dies geschieht nach *Koch* selbst durch 1% Carbollösungen und dass es bei den Microorganismen der Sepsis durch schwache

Chlorzinklösungen nicht geschieht, hat *Koch*, wie oben auseinandergesetzt, nicht bewiesen) oder es beruht ein grosser Theil, ja vielleicht die ganze Antisepsis während einer Operation auf der Veränderung des Nährbodens, resp. der Wundoberfläche, so dass den abgelagerten und wenn auch entwicklungsfähigen Microorganismen kein Material zur Zersetzung geboten ist bis zu dem Zeitpunct der Verklebung der Wunde, wo die Circulation hergestellt wird und damit die physiologische Desinfection zu ihrem Rechte kommt. Dass derartige Veränderung des Nährbodens stattfindet, glauben wir durch unsere mit Dr. *Amüat* gemeinsamen Versuche nachgewiesen zu haben.

Wir konnten uns diese Abschweifung von unserem Thema nicht ersparen, weil wir gerade mit den schwachen Chlorzinklösungen bei der Kropfexcision so ausnahmslos günstige Resultate erzielt haben, dass wir daran festhalten zu sollen glauben. Nicht als ob wir daran zweifelten, dass auch mit anderen Antiseptica ganz analoge Resultate sich erzielen lassen. Aber gerade mit dem Carbol sind wir erheblich schlechter gefahren, als mit dem Chlorzink.

Die Excision grosser Kröpfe ist immerhin eine lange dauernde Operation und wir haben uns bestimmt überzeugt, dass die Carbolresorption das nachherige Erbrechen, Schwäche- und Collapszustände, welche von gelegentlichem Blutverlust, sehr oft vom Chloroform hervorgerufen werden, in erheblicher Weise begünstigt und vermehrt. Zumal das Erbrechen und die damit verbundene mangelhafte Ernährung in den ersten Tagen ist der Verklebung der Wunde sehr nachtheilig, ganz abgesehen von der trotz aller Gegenrede bestehenden Gefahr tödtlicher Carbolvergiftungen. Wir glauben also behaupten zu dürfen, dass wir gegenwärtig die Mittel zur Verfügung haben, um bei Kropfexstirpation so gut wie bei anderen grossen Operationen die septische Infection mit Sicherheit zu verhüten.

Als ein letzter Beweis, dass die 13,9% Mortalität, welche in den letzten Jahren die Statistik der verschiedensten Operateure ergeben hat, noch nicht das letzte Wort ist und dass wir schon jetzt viel bessere Ergebnisse in Aussicht nehmen dürfen, mögen die Resultate der Totalexcision strumöser Schilddrüsen gelten. Die Totalexcision ist in der Regel schwieriger als die partielle und die Fälle, wo total excidirt werden muss, sind viel gleichwerthiger, daher auch besser geeignet zu gemeinsamer statistischer Verwerthung als die partiellen Excisionen.

Wölfler (loc. cit.) stellt unter Benutzung von 17 von *Bruberger* gesammelten Fällen eine Statistik von 26 Totalexstirpationen der Schilddrüse zusammen. Zu diesen 26 kommen nun noch hinzu:

von *Billroth*	19	neue	Fälle	mit	2	†
„ *Kappeler*	6	„	„	„	2	„
„ *Bruns*	4	„	„	„	0	„
„ *J. L. Reverdin*	10	„	„	„	2	„
„ *Kottmann*	2	„	„	„	0	„
„ *A. Reverdin*	6	„	„	„	0	„
„ *Baumgärtner*	4	„	„	„	1	„
„ *Mosetig*	2	„	„	„	1	„
Transport	53	neue	Fälle	mit	8	†

Transport	53	neue	Fälle	mit	8	†
von *Courvoisier*	1	„	„	„	0	„
„ *Bottini*	1	„	„	„	0	„
„ *Haffter*	2	„	„	„	0	„
Eigene Fälle	18	„	„	„	2	„
	73	neue	Fälle	mit	10	†
Wölfler's frühere Zusammenstellung	26	„	„	„	4	„
	99	neue	Fälle	mit	14	†

Das Ergebniss dieser Zusammenstellungen ist dies, dass die Totalexcision eine Mortalität von 14,1% aufweist, mit andern Worten keine nennenswerth schlechteren Resultate ergeben hat, als die partielle Excision. Wir ziehen daraus nicht den Schluss, dass man stets die Totalexcision ausführen solle; vielmehr sind wir mit *Billroth* der Ansicht, dass bei Kropfbildung blos in einer Hälfte der Schilddrüse es bei Entfernung dieser Hälfte sein Bewenden haben soll, resp. dass man bei völlig isolirten Kropfknoten blos diese ausschälen darf und die gesunde Schilddrüsenpartie zurücklassen. Prophylactische Entfernung letzterer ist blos bei malignen Tumoren indicirt. Wo nicht andere Gründe ihr entgegen sind im concreten Falle, soll man principiell an der Totalexcision für Krebskröpfe festhalten.

Aber dass es sich erweisen lässt, dass die Totalexcision keine schlechteren Resultate liefert, als die partielle, ist mit eine Stütze für unsere Schlussfolgerungen: Die rechtzeitige Excision eines gewöhnlichen Kropfes ist eine ungefährliche Operation. Dieselbe ist in jedem Falle gerechtfertigt, wo ein Kropf ein stetiges Wachsthum zeigt, wo derselbe Beschwerden macht oder indirect das Allgemeinbefinden beeinträchtigt und wo der Inhaber aus cosmetischen Gründen die Entfernung dringend wünschenswerth findet. Nur wenn dieser Standpunct allgemeine Geltung wird erlangt haben, werden die durch zu langes Zuwarten bedingten Complicationen und mit ihnen die Gefahren der bisherigen operativen Kropftherapie ganz beseitigt werden und nur auf diesem Boden wird man auch zur rechtzeitigen Excision maligner Strumen gelangen. Die einfachen Cystenkröpfe, sowie die reinen Hyperplasien sind vorläufig, als der Jodtherapie zugänglich, von der Exstirpation auszuschliessen.

Vereinsberichte.

Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.

Sitzung, den 6. December 1881, Abends 8 Uhr, bei Webern.

Präsident: Prof. *Pflüger*. Actuar: Dr. *Dick*.

Anwesend 19 Mitglieder.

I. Dr. *Emil Emmert:* Meteorologisches über Augenkrankheiten.

Durch Versendung von Circularen an eine grössere Anzahl von Augenärzten Europa's erhielt *Emmert* Nachricht über die Häufigkeit des Vorkommens der Ophthalmia neonatorum, der Conjunctivitis diphtheritica und der Hypopyon-Keratitis in Russland, Spanien, Italien, Frankreich, der Schweiz und Deutschland (Deutsches Reich und Oesterreich) in den verschiedenen Monaten des Jahres. Die gewonne-

nen Resultate umfassen 182 Jahre und 300,000 Kranke, bei welchen 2932 Fälle von Ophth. neonat., 189 von Conj. diphtheritica und 3431 von Hypopyon Keratitis beobachtet wurden.

Er fand für:

1) die Ophthalm. neonat. das Maximum mit 270 Fällen im Mai, fast gleiche Ansteigungen im Januar (258 Fälle), im Juli (263) und September (261).
„ „ „ das Minimum mit 190 Fällen im December.

2) „ Conj. diphtheritica das Maximum mit 24 Fällen im Januar.
„ „ „ „ Minimum mit 12 Fällen im August.

3) „ Hypopyon-Keratitis das Maximum mit 411 Fällen im August.
„ „ „ „ Minimum mit 119 Fällen im December.

Die Ophth. neonat. und die Hypopyon-Kerat. haben sehr ähnliche Zeiten ihrer Maxima und Minima, dagegen verhält sich die Conj. diphtheritica gerade umgekehrt zur Hypopyon-Keratitis.

In den verschiedenen Ländern verhielten sich die Maxima und Minima wie folgt:

	Ophthalm. neonat.		Conj. diphther.		Hypopyon-Kerat.	
	Maxima.	Minima.	Maxima.	Minima.	Maxima.	Minima.
Russland	I (60) V (58) IX (59)	VII (23)	II (4) III (4)	VII (0) II III V	VI (38)	XI (18)
Spanien	III (22) XI (22)	VI (11)	IV (3) VII (3)	VI X (0) alle übrig.	II (38)	IX (20)
Italien	V (144)	XII (61)	VI (1)	Mon. (0)	VI (144)	XII (61)
Frankreich	zu	wenig	Fälle		VII (16)	X (2)
Schweiz	VI (24)	XII (11)	VI (6)	IV (1)	VII (14)	III (14)
Deutschland u. Oesterreich	VII (128)	XII (93)	I (16)	VIII (5)	VIII (184)	XI (76)

Emmert macht darauf aufmerksam, dass die Maxima der Ophthalm. neonat. in immer spätere Monate fallen, dass Russland und Deutschland sich hinsichtlich der Maxima und Minima gerade umgekehrt verhalten, dass Russland und Spanien eine eigenthümliche Aehnlichkeit mit einander haben; dass bei der Conj. diphther. dagegen Russland und Deutschland sich hinsichtlich der Zeit der Maxima und Minima näher stehen als alle andern Länder; dass bei der Hypopyon-Keratitis Spanien sein Maximum im Februar, Russland und Italien es im Juni, Frankreich und die Schweiz es im Juli, Deutschland es im August hat.

Von *Schmid* in Odessa erhielt *Emmert* Nachricht über die von ersterem während der Jahre 1877—80 beobachtete Conj. epidemica. Dieselbe scheint einen nahezu zweijährigen Typus zu haben.

1877 Maxima IV (13) VIII (13) IX (13) Minima XI (0) XII (0)
1878 wenige sporadische Fälle in IV, VII und IX.
1879 Maxima IX (24) X (32) Minima III, V, VI, VII, VIII (0)
1880 „ II (7) in den übrigen Monaten nur wenige oder keine Fälle.

Emmert theilt mit, dass auch von *Horner* eine solche Statistik über den Herpes

corneæ catarrhal. (Dissert. *Kendall*) aus den Jahren 1874—79 und über die Neuralg. supraorbital. intermittens (Dissert. *v. Mandach*) aus den Jahren 1866—79 vorliege. Ersterer hat mehrere fast gleiche Maxima VII (14), I (13), X (13), Minimum XI (3). Letztere hat ihr Maximum im II (15), von wo hinweg die Häufigkeit derselben continuirlich abnimmt, bis sie ihr Minimum erreicht im X (1).

Der Vortragende hebt hervor, dass jede dieser Erkrankungen ihre charakteristischen Zeiten ihres hauptsächlichsten Auftretens und ihrer Abnahme oder ihres Verschwindens habe.

Dass höchst wahrscheinlich meteorologische Einflüsse eine grosse Rolle spielen; dass eben deshalb in verschiedenen Ländern je nach geographischer Lage und geologischer Bodenbeschaffenheit Verschiedenheiten hinsichtlich der Zeit der Maxima und Minima für ein und dieselbe Krankheit bestehen; dass aus denselben Gründen an ein und demselben Orte für ein und dieselbe Krankheit Schwankungen der Maxima und Minima vorkommen werden; dass noch viele andere Augenkrankheiten als von meteorologischen Verhältnissen abhängig oder dazu wenigstens in inniger Beziehung stehend gefunden werden mögen; dass die noch mangelnde Kenntniss der specifischen Krankheitserreger, von welchen nicht einmal bekannt ist, ob sie verschiedenen Arten angehören oder nur verschiedene Entwicklungsstufen oder Entwicklungsformen ein und derselben Art darstellen, nicht davon abhalten kann, danach zu forschen, welche Krankheiten meteorologischen Verhältnissen und welchen meteorologischen Verhältnissen sie unterworfen sind; dass schon eine recht nützliche und interessante Statistik erzielt würde, wenn namentlich Diejenigen, welche Jahresberichte schreiben, statt Angaben der ziemlich werthlosen Gesammtzahl jeder einzelnen Krankheit, mittheilen würden, wie viele Fälle jeder Krankheit in jedem Monate des Jahres beobachtet werden, welche Statistik noch bedeutend an Werth gewinnen würde, wenn Operationen und Operationserfolge (in der Ophthalmologie besonders die Staaroperationen) in derselben Weise berücksichtigt würden; dass aber allerdings auf die Weise vorläufig nur den gröbsten meteorologischen Verhältnissen Rechnung getragen würde, was aber eher zu einem Ziele führen würde, als wenn Forderungen gestellt würden, vor denen jeder von vornherein zurückschrecken würde.

Discussion. Prof. *Pflüger* frägt nach der Natur der als Conj. epidemica bezeichneten Erkrankung, die Dr. *Emmert* nach Beobachtungen von *Schmid* in Odessa anführt, worauf *Emmert* antwortet, es sei ihm nicht ganz klar geworden, um welche Augenaffection es sich handle, doch sei wahrscheinlich darunter der sogenannte Schwellungscatarrh zu verstehen.

Prof. *Pflüger* betont, dass bei den periodisch in grösserer Zahl auftretenden Augenkrankheiten jedenfalls nicht nur meteorologische Verhältnisse zu berücksichtigen seien, sondern es kommen auch in Betracht die Lebensweise, der Beruf und die Beschäftigung; so z. B. bei der von Dr. *Emmert* berücksichtigten Hypopyon-Keratitis ist die Heu- und Kornernte von grosser ätiologischer Bedeutung.

Dr. *Wyttenbach* verdankt die *Emmert*'sche Arbeit als verdienstlichen Versuch einer meteorologischen Statistik; doch sind die Zahlen zu klein und die Zusammen-

stellung derselben nicht mathematisch kritisch genug vorgenommen; welchen Einwand Dr. *Emmert* völlig zugibt.

II. Dr. *Dubois*. Zur Frage der Diphtherie. Im Monate April hatte ich Gelegenheit, einen Fall zu beobachten, der, wie mir scheint, seiner Seltenheit wegen einer Mittheilung werth ist. Es handelt sich um ein 6jähriges Mädchen, welches in den ersten Tagen April an Masern erkrankte. Die Krankheit zeigte nichts Abnormes als eine grosse Heftigkeit des Auftretens. Das Fieber war sofort sehr hoch, am zweiten Tage 40,1. Das Kind war sehr leidend, klagte über heftige Kopfschmerzen, war sehr unruhig, zeigte leichte convulsivische Erscheinungen in Form rapider Pronationsbewegungen beider Vorderarme. Am dritten Tage, bevor das Exanthem sich zeigte, trat eine starke Fieber-Remission ein. Die Temperatur sank unter 38°, das Kind befand sich dabei viel wohler, so dass ich momentan an der Diagnose Masern zweifelte. Die Annahme, es handle sich um Masern, stützte sich zuerst auf die gegebene Infectionsmöglichkeit, indem ein Bruder der Patientin an Masern im gleichen Zimmer krank lag, auch waren Nasen- und Conjunctivalcatarrh sowie Bronchitis vorhanden. Nach der Remission am dritten Erkrankungstag stieg das Fieber wieder, es entwickelte sich ein regelrechtes Masernexanthem, der Verlauf war in allen Beziehungen ein normaler, so dass am 14. April Patientin geheilt war und vom 16. an die Schule wieder besuchen konnte. Ich sah die kleine Patientin nicht mehr, bis am 21. April, wo das Kind plötzlich erkrankte und Morgens 10 Uhr aus der Schule gebracht wurde. — Der Beginn dieser neuen Erkrankung war ein ziemlich brusquer. Das Kind erkrankte ganz plötzlich mit heftigem Erbrechen. Bei einer Temp. von 39° grosse Mattigkeit und heftige Kopfschmerzen. Da das Kind am Abend vorher Würste gegessen hatte, vermutheten die Eltern, es handle sich nur um eine Verdauungsstörung. Dieser Annahme widersprach ich momentan nicht, indem ich keine sonstige Diagnose stellen konnte. Es war keine Angina vorhanden, keine nachweisbare Lungenerkrankung.

In der Nacht vom 21. auf den 22. April wurde ich wieder zu dem Kinde gerufen. Die Temperatur war auf 40° gestiegen und allgemeine heftige Convulsionen waren ausgebrochen. Ich schrieb dieselben der Hyperthermie zu und behandelte das Kind mit Chinin, kalten Einwicklungen und Bädern. Da auch Verstopfung bestand, wurden auch häufige Seifenklystiere angewendet. Nach einigen Stunden hatten die Convulsionen aufgehört. Die Temperatur schwankte zwischen 39 und 40°. Abends den 23., also am dritten Tage der Erkrankung, stieg sie auf 41° und immer war noch keine Diagnose zu stellen. Ziemlich beschleunigte Athmung, augenscheinlich schmerzhafter Husten liess mich an eine Pneumonie denken, jedoch war bei der genauesten Untersuchung nichts nachzuweisen, ausser dass links von oben der Schall einen leicht tympanitischen Beiklang hatte. Dabei war Pat. sehr angegriffen, delirirte, halb comatöser Zustand wechselte mit grosser Unruhe ab. Die Zunge war sehr stark belegt, in der Mitte schwarz und trocken, wie im Verlauf eines schweren Typhus. Im Allgemeinen mahnte der Zustand an eine schwere Infectionskrankheit. In einer Consultation mit Dr. *Dættwyler* wurde wiederum eine genaue Untersuchung vorgenommen, die aber wiederum puncto Diagnose resultat-

los blieb. Endlich am fünften Tage der Erkrankung liess sich eine ausgedehnte Pneumonie des linken Oberlappens vorn unter der Clavicula nachweisen. Daselbst war eine stark handgrosse Dämpfung mit Bronchialathmen und Crepitiren zu constatiren. Auch hinten oben war die Infiltration nachweisbar. Die übrige Lunge sowie die rechte L. zeigte einen diffusen Catarrh. — Der Husten war frequent, schmerzhaft. Die T. Morgens und Abends 40. Puls 136. R. 40. Am 27. sank die Temperatur (also am sechsten Tage) auf 37,2, aber ohne deutliche Euphorie. Diese Pseudocrise hielt nicht an, Abends war wiederum 39,6 und sehr adynamischer Zustand. Zugleich nahm die vorhandene Coryza zu, so dass die Respiration noch schwieriger wurde. Das Kind war genöthigt, durch den Mund zu athmen, die Zunge wurde dabei trockener, die Lippen mit Fuligo bedeckt, Fœtor ex ore wie bei einem Typhus. Dabei war am Rachen nichts zu constatiren. Es bestand keine Spur einer Angina. Der Ausfluss aus der Nase war schleimig-eitrig, nie blutig, so dass der Verdacht einer schweren Nasenaffection nicht rege und auch locale Behandlung dieses Organes nicht nöthig wurde. — Am 28. war Morgens die Temp. 37,4, Abends 38,6. Am 29. endlich war das Fieber verschwunden und kehrte nie wieder zurück. Die Infiltration der obern Lappen der linken Lunge hielt noch einige Tage an, so dass sie am 9. Mai, 10 Tage nach der Entfieberung, noch deutlich nachweisbar war und eine käsige Umwandlung befürchten liess.

Das Kind wurde in diesem Zustande auf's Land gebracht, wo es sich allmälig erholte.

Nach dem ganzen Verlauf glaubte ich sowie College *Dættwyler* keine andere Diagnose stellen zu können, als die einer sehr schweren Spitzenpneumonie. Bekanntlich treten dieselben häufig mit schwereren Symptomen auf. Die Adynamie zeigt sich bei denselben rascher, die Resorption lässt gerne auf sich warten, kurz der Verlauf einer Spitzenpneumonie ist gewöhnlich ein schwererer als der einer Pneumonie der untern Lappen. In unserem Falle war eines besonders frappant, nämlich dass diese Pneumonie mehr als eine andere an eine Infectionskrankheit erinnerte. Zu bemerken ist noch, dass die Milz etwas vergrössert erschien und dass auf die Acme des Fiebers leichte Albuminurie auftrat.

Etwa 3 Wochen nach Heilung dieser schweren Lungenaffection bemerkten die Eltern, dass die Sprache ihres Kindes näselnd und undeutlich wurde. Nach und nach entwickelte sich eine hochgradige Schwäche der untern Extremitäten. Das Kind wurde nach Bern gebracht und ich constatirte die Symptome einer diphtheritischen Paralyse in optima forma. Vollständige Lähmung des Gaumens, beim Intoniren von A blieb der Gaumensegel vollkommen unbeweglich. In Folge dessen war auch die Sprache näselnd und undeutlich, wie sie bei Gaumendefecten vorkommt. Dabei motorische Parese der untern Extremitäten, so dass das Kind kaum stehen konnte. Die Sensibilität schien etwas abgestumpft, obgleich die Ungeduld des sehr reizbaren Kindes eine sorgfältige Untersuchung unmöglich machte. Am zweiten Tage des Aufenthaltes in Bern entwickelte sich bei Zunahme der Extremitätenlähmung eine ausgesprochene Parese des Oculomotorius rechterseits, Strabismus divergens, Ptose des obern Augenlides und Dilatation und Unbeweglichkeit der Pupille. Diese Lähmung dauerte nur 3 Tage an, dagegen persistirte

die Gaumen- und Extremitätenlähmung. Allmälig nahmen sie ab, so dass vor 2 Wochen das Gehen möglich wurde und der Gaumen deutliche Bewegungen ausführte. Alle Lähmungserscheinungen nehmen ohne Behandlung ab, so dass ich hoffe, bald die Patientin geheilt entlassen zu können.

Diese Erscheinungen sind die, welche man so häufig nach Diphtherie auftreten sieht. Als eine diphtheritische Paralyse charakterisirt sich diese Lähmung, 1) durch das Auftreten 3 Wochen nach der Grunderkrankung, 2) durch das Ergriffensein des Gaumens, der untern Extremitäten und des Auges, 3) durch die Heilung ohne eigentliche Behandlung. — Wenn das Kind 3 Wochen vorher eine Angina gehabt hätte, oder eine diphtheritische Affection einer andern Schleimhaut, einer Wunde, so würde diese Krankengeschichte nichts Auffallendes bieten. Die Krankheit, die das Kind aber überstanden hatte, war eine unzweifelhafte Pneumonie, die am sechsten Tage critisirte. Eine Rachenaffection war nie vorhanden, dies muss ich ausdrücklich bemerken, ich untersuchte den Rachen täglich. — Nur eine leichte Coryza war vorhanden, aber so leicht, dass mir die Idee einer Diphtherie niemals auftauchte.

Bei einem Kinde tritt nach Masern eine schwere Spitzenpneumonie auf mit leichtem Coryza. 3 Wochen nach dieser Erkrankung tritt eine Paralyse auf, die das Gepräge der clonischen diphtheritischen Paralyse hat.

Einen solchen Verlauf könnte man durch drei verschiedene Hypothesen erklären.

1) Man könnte glauben, dass vielleicht während der Pneumonie eine Rachendiphtherie bestanden habe, aber unbemerkt geblieben sei. Dagegen muss ich entschieden bemerken, dass ich den Rachen täglich untersuchte und nie die Spur einer Rachenaffection nachweisen konnte. Eine solche Affection könnte allerdings später aufgetreten sein, während des 3wöchentlichen Aufenthaltes auf dem Lande. Dagegen spricht die Beobachtung der Eltern, die nie etwas solches bemerkten. Noch mehr spricht dagegen der Umstand, dass die Paralyse 3 Wochen nach der Pneumonie auftrat.

2) Vielleicht könnten wir annehmen, dass die Paralyse keine diphtheritische gewesen sei. Verschiedene Autoren, besonders *Galle* in Paris, nehmen an, dass nach jeder acuten Erkrankung Paralysen eintreten können, wie die diphtheritische. In dem Fall würde es sich um einen Fall von Paralyse nach Pneumonie handeln. Leider konnte ich die bekannte Brochure von *Gubler* nicht verschaffen, kann also nicht sagen, wie er diese Annahme von Lähmungen nach acuten Krankheiten begründet.

Die Paralyse trug in diesem Falle das Gepräge einer diphtheritischen Paralyse (Auftreten 3 Wochen nach der Grunderkrankung, Localisation der Paralyse). Gaumen, Augen, untere Extremitäten, gutartiger Verlauf.

Für mich ist nur eine Deutung möglich, nämlich die, dass Pneumonie eine Pneumonia diphtheritica sei. Möglich ist es, dass das primäre ein diphtheritisches Coryza gewesen sei und zwar in leichter catarrhalischer Form. Jedenfalls war die Hauptlocalisation der Krankheit die Lunge. Die Pneumonie verlief wie eine schwere Infectionskrankheit.

D i s c u s s i o n: Prof. *Lichtheim* pflichtet der Deutung des Falles seitens

Dr. *Dubois* ganz bei, doch ist es jedenfalls schwierig, einen bestimmten Entscheid zu treffen; es handelt sich entweder um einen seltenen Fall von Diphtheritis oder um die Möglichkeit, dass auch nach andern Infectionskrankheiten als Diphtheritis Lähmungen folgen können.

Prof. *Demme* sah auch nach ganz leichter catarrhalischer Diphtherie, die fast keine Erscheinungen gesetzt hatte, Lähmungen folgen; der Grad der diphtheritischen Infection scheint keinen Einfluss zu haben auf die nachfolgenden Lähmungen; dies wird auch von Prof. *Lichtheim* bestätigt.

Dr. *Ost* sah in Paris auf der Klinik von *Hardy* nach Typhus abdominalis Oculomotoriuslähmung eintreten, hingegen keine Gaumenlähmung; dies ist für den *Dubois*'schen Fall insofern interessant, als von *Hardy* die Gaumenlähmung als für Diphtherie charakteristisch erklärt wurde; dieser Behauptung pflichten *Lichtheim* und *Dubois* nicht bei; letzterer glaubt nicht, dass in allen Fällen von Diphtherie eine centrale Ursache für die Lähmung gesucht werden müsse, da doch zwischen einer Diphtherie, die sich auf dem Gaumen abspielt, und einer folgenden Gaumenlähmung die Erklärung durch eine periphere Ursache nicht so fern liegt.

Prof. *Lichtheim* sieht, wie Dr. *Sahli*, jede Lähmung nach Diphtherie als centraler Natur an.

Prof. *Pflüger* macht aufmerksam auf die nach Infectionskrankheiten ziemlich häufig beobachteten Entzündungen des Nervus opticus; so z. B. häufig nach Erysipel; auch nach Masern beobachtete er Lähmungen z. B. des Abducens, die sehr hartnäckig aller Therapie trotzte.

Auf die Frage von Dr. *Christener*, welchen Standpunct gegenwärtig die pathologischen Anatomen gegenüber der Diphtherie einnehmen, setzt Prof. *Lichtheim*, der viele Versuche über diesen Punct gemacht und neuerdings wieder aufgenommen hat, die gegenwärtigen Ansichten in Kürze auseinander; man glaubte für Diphtherie charakteristische Coccen gefunden zu haben, doch war dies unrichtig, da die Versuche nicht immer beweisend waren und die Resultate der Versuche nicht constant sind.

Prof. *Demme* hatte in letzter Zeit viele schwere Diphtheriefälle; er untersuchte das Blut täglich, sowie bei der Section sämmtliche Organe und fand in zwei Fällen die nämlichen Coccen im Blut, den Trachealknorpeln und den Nieren; in einem dritten Falle fand er nichts, daher erlaubt er sich noch keinen Schluss zu ziehen über die Natur der Infectionsträger.

III. Dr. *Dubois* demonstrirt den Urin eines Patienten mit periodischer Hämoglobinurie; der Patient befindet sich subjectiv ganz wohl oder hat wenigstens keine erheblichen Krankheitserscheinungen. Die Anfälle traten einmal nach Kälteeinwirkung, die andern Male nach körperlichen Anstrengungen (Märschen) ein. Dr. *Dubois* fand im Urin keine Hämoglobintropfen, wie sie für die andern beobachteten Fälle angegeben worden sind.

Prof. *Lichtheim:* Dieser Fall ist nicht ganz identisch mit den von *Lichtheim* publicirten, da dieselben immer auf Kälteeinwirkung und mit Schüttelfrost eintraten. Die Krankheit kommt jedenfalls von der Auflösung rother Blutkörperchen her. Es wurden darüber sehr interessante Versuche gemacht. Bei einem an Hämoglo-

binurie Leidenden wurde ein Finger unterbunden und dieser einer Kältewirkung ausgesetzt. Nach einiger Zeit fand sich in dem aus dem Finger entnommenen Blute eine Menge in Auflösung begriffener rother Blutkörperchen und rothe Färbung des Serums. *Lichtheim* betont, dass nur solche Versuche statthaft seien und nicht derartige, die im ganzen Körper das Zugrundegehen von Blutkörperchen bedingen, wie z. B. das Aussetzen des ganzen Körpers einer Kälteeinwirkung, da dies gefährlich werden könne, indem er selbst den Exitus letalis in einem Anfalle von Hämoglobinurie eintreten sah. Dr. *Dick.*

Referate und Kritiken.

Kritik der gegen die Schwemmcanalisation erhobenen Einwände.

Von Dr. *J. Soyka*, mit Vorwort von Prof. *Pettenkofer*. München, 1880. Rieger'sche Buchhandlung. 96 S.

Diese polemisch gehaltene Schrift hat den Zweck, die von Dr. *Winterhalter* gegen die Canalisation Münchens erhobenen Einwände zu widerlegen.

Zunächst wird die Unhaltbarkeit der englischen Canalgastheorie dargethan und gegen die Trinkwassertheorie betr. Entstehung von Typhus und Cholera vom Verf. zu Felde gezogen, dabei aber doch die Nothwendigkeit der Beschaffung reichlichen guten Trinkwassers betont. Ferner wird gezeigt, wie keine Stadt, mag sie ein noch so vollkommenes Abfuhrsystem besitzen, die Canalisation zur Fortschaffung des flüssigen Unrathes entbehren kann, wie ungerechtfertigt im Weitern die Annahme einer Bodenverunreinigung durch die Canäle selbst ist, da eine Durchsickerung ihrer Umgebung mit Canalinhalt niemals in bedeutenderem Maasse vorkommt, vorausgesetzt, dass die Canäle richtig construirt sind.

Der Behauptung des Dr. *Winterhalter*, dass die Abnahme von Cholera und Typhus nichts für die Abnahme der allgemeinen Mortalität beweise, dass diese im Gegentheil gleich geblieben sei, indem andere Krankheiten, namentlich Diphtheritis, an ihre Stelle getreten seien und dass dafür die Schwemmcanäle verantwortlich zu machen seien, wird eingehender widerlegt. Erstens stehen Typhus und Diphtheritis nicht in einem Wechselverhältniss, zweitens hat sich die Diphtheritis auch da vermehrt, sogar noch in stärkerem Grade, wo niemals Schwemmcanäle bestanden haben. Dasselbe gilt in noch erhöhtem Grade vom Scharlach. Mit der englischen Statistik der Diarrhœ-Bronchitis sieht es noch schlimmer aus, da beides einfach unzulässige Ausdrücke für Todesursachen sind, aus denen überhaupt kein Schluss gezogen werden darf. Uebrigens gilt auch hier das für Diphtheritis und Scharlach Gesagte.

Sicher ist, dass in Danzig, Hamburg, Frankfurt und, wie Ref. beifügen darf, auch Zürich durch die Canalisation eine beträchtliche Abnahme des Typhus eingetreten ist. Was die Beeinflussung der allgemeinen Sterblichkeit durch die Canalisation und Wasserversorgung betrifft, so wird man, da diese den Boden, die Häuser und mittelbar auch das Wasser und die Luft reinigen, eine Abnahme derjenigen Krankheiten davon erwarten dürfen, welche einen sogenannten cotogenen Keim haben, wie Typhus, Cholera, Gelbfieber. Viel weniger unmittelbar wird dies mit Bezug auf die Krankheiten mit endogenem Keim, d. h. die direct contagiösen der Fall sein, wie Pocken, Scharlach, Diphtheritis, Masern.

Dass endlich die in neuerer Zeit geübte antipyretische Behandlung des Typhus der Hauptgrund für das mildere Auftreten des Typhus und das bedeutende Sinken der Mortalität abgebe, hat sich leider auch nicht bestätigt. Wenn auch in der Typhusstatistik der Krankenhäuser eine Verminderung der Mortalität nach Einführung einer methodischen antipyretischen, besonders Kaltwasserbehandlung fast überall zu constatiren war, so ist doch diese Zahl zu gering, um im Gesammtmortalitätsverhältniss eines Landes eine wesentliche Verminderung zu bewirken, um so mehr, als eben die genannte Behandlungsweise bisher wesentlich nur den Krankenhäusern zu Gute gekommen ist. Also wird man kaum gut thun, auch von dieser Seite aus den Werth durchgeführter Canalisationsanlagen bestreiten zu wollen.

Schliesslich erlaubt sich Ref., neben der eben besprochenen Arbeit auch noch auf die Widerlegung aufmerksam zu machen, welche die Schrift des Dr. *Winterhalter* durch die Arbeit von *G. Varrentrapp*, deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege Bd. XII, H. 4, erfahren hat, worin namentlich die statistischen Irrthümer, die in *W.*'s Schrift vorkommen, aufgedeckt werden. *H. W.*

Cantonale Correspondenzen.

Bern. Aus den Waadtländer Alpen. Auf Wunsch der Redaction wage ich es, die im Corr.-Bl. keineswegs seltenen Reiseberichte noch zu vermehren. Da ich in den Waadtländer Alpen sowohl vor 3 Jahren als im verflossenen Sommer einen längern Aufenthalt machte, kenne ich sie so ziemlich, besonders weil der erste Aufenthalt Ende Mai und Anfang Juni, der zweite Ende Juli und Anfang August stattfand. Jener fiel in eine regenreiche und entsprechend kühle, dieser in eine regenarme und daher sehr heisse Zeit. Bex besuchte ich ausserdem wiederholt im Herbst. Da ich indessen nie daran dachte, meine Beobachtungen niederzuschreiben, versäumte ich es, gehörige Notizen zu machen; nur hie und da machte ich eine flüchtige Aufzeichnung. Man möge daher die mannigfachen Lücken, namentlich auch auf dem Gebiete der Meteorologie, gütigst entschuldigen. — Montreux, Glion und ihre Umgebung berücksichtige ich nicht mehr, da dies College *Baader* seiner Zeit (Jahrgang 1877, p. 562) in vorzüglicher Weise gethan hat. Dagegen möchte Bex als climatischer Curort Manchen weniger bekannt sein, als die berühmten Orte am Genfersee, und von den Höhencurorten in der Nähe von Bex, vom Ormontthal und vom Pays d'Enhaut gilt dies in noch höherem Maasse. — Ich setze voraus, dass den meisten Collegen „die Bäder und climatischen Curorte der Schweiz“ von *Gsell-Fels* zur Verfügung stehen. Ich will daher unnütze Wiederholungen möglichst vermeiden und dieses Werk mehr nur ergänzen. Die Höhencurorte sind darin freilich so kurz behandelt, dass ich mich über sie schon etwas ausführlicher aussprechen darf. Hiebei werde ich den für marschfähige Curanden so wichtigen Spaziergängen und Ausflügen besondere Aufmerksamkeit schenken.

Beginnen wir mit Bex, das freilich von *Gsell-Fels* so eingehend berücksichtigt wurde, dass ich wenig beizufügen habe. In Betreff seiner Lage stimme ich ganz mit diesem Autor überein. Es gibt in der Schweiz wohl keine Gegend, die eine grössere Mannigfaltigkeit an Spaziergängen und Ausflügen der verschiedensten Art bietet, während die Orte am östlichen Ende des Leman, so schön sie auch gelegen sind, in dieser Beziehung bedeutend im Nachtheil sind. Bex fehlt nur eines, die unmittelbare Nähe des Sees. Obwohl es dort über Tag theils ebenso warm, theils fast so warm wird wie in Montreux — das Maximum ist sogar höher —, ist doch der Morgen und Abend kühler, indem dann von den Bergen her, besonders aus dem Thal des Avançon ein frischer Wind weht. Gegen denselben sind freilich die nordwestlich gelegenen Gasthöfe (Bellevue, Hôtel des Etrangers, Grand Hôtel des Bains, Union) ziemlich gut geschützt, während ich ihn in dem freier gelegenen Hôtel du Crochet Abends deutlich empfand und er sich auch im Grand Hôtel et Bains des Salines geltend machen muss. Dagegen war der Crochet durch den nahen Hügel von Chiètres gegen den damals (October) recht kalt aus dem Wallis hereinbrechenden Südwind geschützt — das Grand Hôtel et Bains des Salines genoss diesen Vortheil jedenfalls auch —, während dies die nordwestliche Gruppe nicht war. Lungenkranke werden sich im Spätherbst, Winter und Frühling jedenfalls besser in Montreux und den benachbarten Orten, in den andern Jahreszeiten dagegen besser in Bex befinden. [1]) Doch könnte es ihnen im Hochsommer auch da leicht zu warm werden. Im Winter bleiben sehr wenig Curgäste, und es sind dann die meisten Gasthöfe geschlossen.

Unter den Spaziergängen fehlt im Buch von *Gsell-Fels* einer der hübschesten, derjenige von Bévieux durch die Schlucht des Avançon hinauf bis Peuffaire,[2]) wo

[1]) Für andere Krankheiten resp. Reconvalescenz von solchen Krankheiten würde ich überhaupt die etwas anregendere Luft von Bex vorziehen.

[2]) Die obere Hälfte dieses ebenso romantischen als bequemen Weges wurde freilich erst 1880 vollendet.



diese aufhört und man plötzlich im Osten den Grand Muveran emporragen sieht. Man wendet sich nun entweder rechter Hand nach Veneresse, um von dort weiter aufwärts nach Frenières und Les Plans oder abwärts auf der schattigen Strasse nach Bex zu gehen, oder man steigt links auf sehr steilem Wege nach Gryon empor oder auf angenehmem Pfade nach dem nahen Fontana sola. Hier hat man wieder die Wahl, nach les Posses (an der von Bex nach Gryon führenden Strasse) zu gehen oder den reizenden aussichtsreichen Weg nahe der Schlucht zu wählen, der sich lange auf der Höhe hält und dann nach Chêne hinab steigt. — Höchst empfehlenswerth ist auch der Besuch der aus der Thalsohle aufsteigenden Hügel von St. Triphon, besonders des nördlichen, von einer Ruine gekrönten. Er bietet den freiesten Ueberblick über das untere Rhonethal und die es umschliessenden Bergketten. Von Bex aus nimmt man am besten die Eisenbahn bis zur Station St. Triphon, von wo man in einer halben Stunde an den berühmten Steinbrüchen vorbei zur Ruine gelangt.[1])

Wunderhübsch ist der Weg über den Hügel von Chiètres nach dem malerisch gelegenen St. Maurice ($1^1/_4$ Std.). — Sehr anzurathen ist ferner der Besuch des Bex gegenüber am Eingang des Val d'Illiez liegenden Monthey. Von Massongex aus folgt man besser dem prächtigen, am Bergabhang hin über Chouex führenden Wege als der schnurgeraden Thalstrasse. Monthey bietet nicht nur eine herrliche Aussicht auf die Waadtländer Alpen, sondern ist auch der mit erratischen Blöcken wohl am meisten gesegnete Ort der Schweiz.[2])

Bei den Gasthöfen hätte *Gsell-Fels* die Hôtels de l'Union und du Crochet füglich auch mit Fettschrift anführen können, namentlich das letztere. Beide sind gut gehalten; der Crochet hat aber die freiere und schönere Lage und ausgedehntere, schattigere Anlagen. —

Das frühere Hôtel des quatre Saisons heisst jetzt Hôtel des Etrangers. —

Endlich diene noch zur Berichtigung, dass Dr. *Morin* seit 2 Jahren nicht mehr in Bex weilt und dass ihn im Hôtel des Bains Dr. *Decker* ersetzt hat. Auch hätte unter den Aerzten von Bex Dr. *Biaudet* erwähnt zu werden verdient; er ist z. B. Arzt im Crochet und in der Bellevue.

Wenn es in Bex zu warm wird, braucht man nicht weit zu gehen, um herrliche Sommerfrischen zu finden. Sehen wir uns zunächst die südlichsten derselben an, Morcles (1165 m.) und das 10—15 Minuten davon entfernte Dailly (1250 m.), das am südlichen Ende der steilen, dicht bewaldeten Tête de l'Oulivaz herrlich gelegen ist und aus einer von Herrn Perrochon gehaltenen Pension[3]) (Hôtel et Pension du Righi-Dailly) besteht. Sie vermag in einem grössern und 1 oder 2 kleinern Häusern 40—50 Gäste zu beherbergen. Die Table d'hôte wird bei warmem Wetter im Freien unter einem luftigen Dache genossen, was ich Ende Juli als grosse Wohlthat empfand. Wer nicht weit zu gehen vermag, kann sich in den Waadtländer Bergen nicht leicht einen schönern Punct zum Aufenthalt wählen, da man nach jeder Seite eine andere Aussicht hat. Fast senkrecht unter sich erblickt man das Bad Lavey[4]) und auf der andern Seite der Rhone am Fusse der Felswände von Vérossaz das alte St. Maurice; dahinter thürmt sich die gewaltige Dent du Midi (3185 m.) auf. Weiter nach Süden sieht man den nach Martigny hin sich ziehenden Theil des Rhonethals mit dem Wasserfall des Pissevache u. s. w. und die östliche Hälfte der schimmernden Montblanckette. Nach Osten gewahrt man das Dörfchen Morcles und darüber die sonderbar geformten Dents de Morcles. Von einem westlich gelegenen Standpunct aus schaut man endlich auf das untere Rhonethal mit seinen Bergketten und einen Theil des Genfersees. Unmittelbar neben der Pension liegt ein kleines Wäldchen mit vielen Wegen, Ruhebänken und Pa-

---

[1]) Es ist dieselbe von Aigle aus ebenfalls in einer halben Stunde und von Ollon aus gar in einer Viertelstunde zu erreichen.

[2]) Da sie von 60 oder mehr Arbeitern fleissig ausgebeutet werden, werden leider in 10 Jahren nicht mehr viele übrig sein. Die 2 grössten und interessantesten sind freilich der Wissenschaft für immer erhalten. Auf einem andern wohl ebenso grossen an der Strasse des Val d'Illiez hat ein Häuschen nebst einem kleinen Garten Platz gefunden.

[3]) Von *Gsell-Fels* nur flüchtig erwähnt.

[4]) Da dieses bedeutende, vortrefflich gehaltene Bad von *Gsell-Fels* ausführlich behandelt wird, übergehe ich es hier.

villons an den verschiedenen Aussichtspuncten. Auch sonst ist an diesen Bequemlichkeiten kein Mangel.

Von Spaziergängen, die über die unmittelbare Umgebung hinausgehen, erwähne ich einen sehr hübschen Fussweg, der oft schöne Ausblicke bietet und fast horizontal durch den Wald am südöstlichen Abhang der Tête de l'Oulivaz sich hinzieht. Auf diese selbst führen mehrere weniger gute Pfade; die Aussicht wird übrigens durch den Wald stark beschränkt. — Die Pension Perrochon bietet somit manche Vorzüge der Natur. Obwohl sie der Sonne den ganzen Tag ausgesetzt ist, wird die Hitze gemildert durch einen beständigen Luftzug. Die Luft ist daher anregend, für Brustkranke freilich zu bewegt. Der Pensionspreis beträgt Fr. $4^1/_2$—$5^1/_2$ per Tag. Die Verpflegung wird gerühmt; ich konnte mich selbst von der Güte des Mittagstisches überzeugen, aber auch von der elenden Beschaffenheit des aus einem Sodbrunnen stammenden Trinkwassers. Sollte es nicht möglich sein, Quellwasser dorthin zu leiten, so könnte man ja das Trinkwasser 2 oder 3 mal täglich in dem nahen Morcles holen und auf geeignete Weise kühl erhalten. Das ist denn auch der Hauptvortheil der in diesem Dörfchen gelegenen bescheidenen Pension, die im Gegensatz zu Dailly keine rechten Anlagen hat.[1]) Trotz der anhaltenden Dürre spendeten dort 2 Dorfbrunnen herrliches Wasser die Menge. Morcles liegt in einer sonnigen geschützten Thalmulde, wäre daher für Kranke mit nicht intacten Athemorganen Dailly vorzuziehen, während es für sonstige Patienten im Sommer leicht zu warm werden möchte. Die Aussicht ist viel beschränkter als die von D., es fehlt ihm auch ein weiterer Vorzug des letztern: schattige Bäume in der unmittelbaren Umgebung.

Abgesehen von der Ersteigung der Dent de Morcles (2979 m.),[2]) die für die meisten Curanden zu beschwerlich wäre, ist die lohnendste Tour diejenige auf die Croix de Javernaz (2025 m.), welche eine wundervolle Aussicht, besonders auch auf die ganze Montblanckette, bietet und in 2—$2^1/_4$ Stunden auf bequemem Wege zu erreichen ist. Von Dailly aus kann man den oben erwähnten Fusspfad benützen, statt über Morcles zu gehen, hat aber immerhin eine halbe Viertelstunde weiter. — Die Lage bringt es übrigens mit sich, dass die Auswahl an Spaziergängen und Ausflügen viel geringer ist, als an mehreren andern noch anzuführenden Orten, wie z. B. Les Plans.

Morcles erreicht man am bequemsten vom Bad Lavey aus, sei es per Wagen auf der $2^1/_2$ Stunden langen neuen Kunststrasse, die noch weiter bis Dailly führt, sei es zu Fuss auf dem um eine Stunde kürzern, sehr angenehmen alten Weg. Das Bad ist eine halbe Stunde vom Bahnhof St. Maurice entfernt. Von Bex aus kann man aber auf verschiedenen Strassen direct nach dem Bade sich begeben oder schon im Dorfe Lavey den eben genannten alten Weg nehmen, was für Fussgänger das Bequemste ist.

Bekannter als Morcles und Dailly sind 4 andere Höhencurorte in der Gegend von Bex: Les Plans de Frenières, Gryon, Villars und Chesières.[3]) Sie bilden eine Gruppe, welche ich zunächst gemeinsam besprechen will. Les Plans und Gryon liegen fast genau gleich hoch, jenes 1101, dieses 1107 m., Chesières und Villars etwas höher, nämlich 1210 resp. 1270 m. (Hôtel du Grand Muveran).[4]) Trotzdem ist Les Plans kühler als die zwei letztern, theils weil die umgebenden hohen Berge es gegen zu intensive Einwirkung der Sonne schützen, theils weil es unmittelbar am wasserreichen Avançon liegt, theils endlich, weil es viel waldreicher ist. Am wärmsten und schattenarmsten ist Gryon, das ich deshalb für einen heissen Hochsommer, wie der verflossene es war, nicht empfehlen möchte. Dagegen hat es, namentlich vor Les Plans, den Vorzug, im Beginn und am Ende der Saison weniger kalt zu sein. In der Sommerhitze hat Les Plans noch einen andern, nicht zu unterschätzenden Vorzug vor den 3 andern Orten, den von vorzüglichem Trinkwasser, das eine Anzahl stattlicher Brunnen stets in reichlicher Menge spendet,[5]) während es in Villars im letzten Sommer nur noch sehr spärlich

---

[1]) Leider weiss ich nichts Genaueres über dieselbe, auch nicht, von wem sie gehalten wird.

[2]) Gewöhnlich wird nur die südöstliche der beiden Dents erstiegen.

[3]) Die zwei letztern nahe bei einander liegenden Orte sind zwar leichter von Ollon (bei Aigle) aus zu erreichen.

[4]) Der Weiler Villars liegt etwas tiefer (1215 m.).

[5]) Die eine Quelle soll alcalisch sein und dem Evianwasser sich nähern; ich bemerkte indessen keinen besondern Geschmack.



und keineswegs erfrischend war.[1]) In Gryon besass es letztere Eigenschaft [2]) ebenfalls nicht mehr, war aber doch noch in genügender Menge vorhanden.

(Fortsetzung folgt.)

Wochenbericht.

Schweiz.

25. Versammlung des ärztl. Centralvereins Freitag, den 26. Mai, Abends und Samstag, den 27. Mai, in **Zürich.**

Programm: Am Vorabend, Freitag, den 26., Abends 7 Uhr, versammelt sich der ärztliche Verein der Stadt Zürich im Hôtel National (Bahnhofplatz) zum Empfang der auswärtigen Mitglieder des Centralvereins. Es werden Demonstrationen und kurze Vorträge gehalten werden. Nachher gesellige Vereinigung.

Samstag, den 27. Von 8 Uhr an klinische Demonstrationen und Vorträge in den Krankenabtheilungen der Herren Proff. Dr. *Huguenin*, *Krönlein*, *Wyss*, *Horner*, *Frankenhäuser* und *Forel*.

11½ Uhr Hauptversammlung im Rathhaussaal (?).

1) Bericht des Präsidenten.
2) Vortrag von Herrn Prof. *Huguenin*.
3) Vortrag von Herrn Prof. *Krönlein*.
4) Vortrag von Herrn Dr. *Veraguth*.

Nachmittags 2 Uhr Banket im Hôtel Baur au lac.

— **Ovariotomie.** In der Revue médicale de la Suisse romande vom 15. April 1882 veröffentlicht Prof. *Kocher* in Bern eine Statistik der Ovariotomie in der Schweiz, die zum Theil ein Résumé der Arbeit von *Alban Doran* im Brit. med. Journ. des 28. Januar 1882 ist.

Die erste Ovariotomie in der Schweiz sollte nach *Kocher* 1865 in Zürich von *Spencer Wells* mit glücklichem Erfolg ausgeführt worden sein (ein Versuch einer solchen war schon 1848 von *J. Major* gemacht worden, wegen vielfacher Adhærenzen mit dem Darm war die Operation jedoch unvollendet geblieben). Diese Angabe ist jedoch unrichtig, da 1863 schon Prof. *Breslau* in Zürich eine Ovariotomie (Tod zwei Tage nachher an Peritonitis; die Operation war glücklich ausgeführt worden) und am 8. December 1864 Dr. *de Montet* in Vevey, welcher in Zürich der Operation beigewohnt hatte, eine zweite mit glücklichem Ausgange ausgeführt hatte. (Revue méd. Nr. 4, pag. 214.) *Kocher* hat 236 Fälle (*Kocher* 50, *P. Müller* 34, *Bischoff* 33, *Kuhn* 22, *Socin* 13, *Dupont* 12, *Juillard* 11, *Neuhaus* 10, *Kottmann* 6, *Koller* 6, *Rouge* 6 etc.) gesammelt, von denen 182 geheilt, 56 gestorben sind, das ergibt 23,3% Mortalität. Stellt man die nach *Lister*'s Principien behandelten Fälle denen gegenüber, bei welchen keine Antisepsis angewendet wurde, so bekommt man mit Antisepsis 11%, ohne dieselbe 63,6% Mortalität, wobei zu bemerken ist, dass *Doran* alle Fälle als nicht antiseptisch betrachtet, bei denen der Spray weggelassen wurde. Einige Operateure haben anfangs ohne Antisepsis operirt, seitdem sie dieselbe anwenden, hat sich die Sterblichkeit bei ihren Patientinnen um die Hälfte vermindert, ihre Resultate sind günstiger, als die derjenigen, welche von Anfang an listerten. Daraus wird der Schluss gezogen, dass die grössere Erfahrung oder Geschicklichkeit der Operateure der ersten Categorie an diesem Erfolg schuld sei. Diese Folgerung scheint uns kaum gerechtfertigt, da der Verf. die einzelnen Fälle nicht kennt und daher auch nicht beurtheilen kann, wo die Schwierigkeiten grösser waren. Bei den relativ kleinen Zahlen der einzelnen Operirenden ist es ganz gut möglich, dass der eine viel leichte, der andere viel ungünstige Fälle gehabt hat und der Vergleich mit der grossen Statistik von *Spencer Wells* scheint uns daher gewagt. Die Hauptgefahr findet *Kocher* in der Infection; er glaubt jedoch, dass wir jetzt mit Sicherheit im Stande sind, sie zu vermeiden und erblickt in jedem Falle von Peritonitis einen Vorwurf für den Arzt. Zum Beweis führt er seine

[1]) Im regnerischen Frühjahr 1878 war es dagegen frisch und in genügender Menge. Chesières war übrigens damals, soviel ich mich erinnere, besser damit versehen und hatte daher wohl auch im Sommer dieses Jahres weniger Mangel daran.

[2]) Im Frühling 1878 war es ebenfalls kühl genug.



Statistik an. Unter 45 mit antiseptischen Cautelen Behandelten hat er 20 im sanitarisch ungünstigen Inselspital operirt, von diesen starben 3, während 25 in der Privatpraxis Operirte genasen. Von 5 ohne Antisepsis Behandelten wurden 2 in der Insel operirt, sie starben beide, dagegen wurden von 3 Privatpatientinnen 2 geheilt. Keine Complication bildet für ihn eine Contraindication zu operiren; dem zu Folge genügt ihm die Diagnose „Ovarialcyste". Auf Untersuchung mit der halben Hand per Rectum oder in Narcose verzichtet er meistens. Spray während der Operation vermeidet er gerne, desinficirt aber vorher das ganze Zimmer und Alles, was mit der Kranken in Berührung kommt, sehr gründlich. Er warnt davor, dem Spray allzu sehr zu vertrauen und legt das Hauptgewicht auf die sanitarische Lage des Operationslocals. Drainage und Klammerbehandlung verwirft er für alle typischen Fälle und hält sie nur für erlaubt, wo unvorhergesehene Zwischenfälle die Versenkung nicht erlauben. *Gönner.*

Aargau. Krankenanstalt und Pfrundhaus. Der Grosse Rath des Ct. Aargau hat beschlossen: 1) Es soll der Bau einer neuen cantonalen Krankenanstalt nach dem Project I der Pläne des Herrn Director *Schaufelbüel* mit vorläufiger Beschränkung auf die Partialanlage III im Jahr 1882 in Angriff genommen und längstens binnen 3 Jahren ausgeführt werden. 2) Diese Krankenanstalt soll in Aarau auf dem hiefür bereits erworbenen Areal errichtet werden, unter Behaftung der Einwohnergemeinde Aarau bei ihren Anerbietungen vom 31. October abhin, in Betreff der Leistung eines Baarbeitrages von Fr. 100,000, der unentgeltlichen Anweisung eines Steinbruchs zur Ausbeutung für die Bedürfnisse des Baues und der unentgeltlichen Ueberlassung des für die Anstalt nöthigen Trink- und Brauchwassers. 3) Zur Deckung der auf Fr. 1,200,000 devisirten Bausumme sollen verwendet werden: a) Die aus dem grossräthlich genehmigten Vertrag mit der aargauischen Bank vom 20. März 1864 resultirende Summe von Fr. 500,000, b) der Baarbeitrag der Gemeinde Aarau Fr. 100,000, c) die Schenkung der Wittwe Feer-Herzog Fr. 15,000, d) die Schenkung der allgemeinen aargauischen Ersparnisscasse Fr. 100,000, e) der Rest soll gedeckt werden aus der Summe, welche die aargauische Bank durch Uebereinkommen mit dem Regierungsrathe vom 4. October 1881 auf Abrechnung der ausserordentlichen Superdividenden zur Errichtung einer cantonalen Krankenanstalt zur Verfügung gestellt hat. Diesem Uebereinkommen wird mit Ausnahme von Art. 6 desselben hiemit zugleich die grossräthliche Genehmigung ertheilt. 4) Ueber die Organisation der Anstalt hat der Regierungsrath dem Grossen Rathe s. Z. die geeigneten Anträge vorzulegen. 5) Sollte sich nach Errichtung der cantonalen Krankenanstalt das Bedürfniss erzeigen, dass neben derselben für kleinere Kreise noch Anstalten zur Aufnahme von Kranken erstellt werden, so wird der Staat solche angemessen unterstützen. 6) In den Räumlichkeiten des ehemaligen Klosters Muri soll eine Pflegeanstalt für arbeitsunfähige und gebrechliche Erwachsene beiderlei Geschlechts erstellt werden.

Der Regierungsrath wird eingeladen, dem Grossen Rathe mit Beförderung eine Spezialvorlage über die bauliche Einrichtung und die Organisation dieser Anstalt vorzulegen.

Durch die Errichtung derselben soll das Budget des Staates nicht wesentlich belastet und es sollen die Kostgelder für die Aufzunehmenden möglichst billig gestellt werden.

Mit der Erstellung der Anstalt ist so rechtzeitig zu beginnen, dass sie mit dem neuen Cantonsspital eröffnet werden kann.

Luzern. Dr. *Siegwart-Ronca* †. In Kriens starb, 60 Jahre alt, der allgemein geachtete und hochgeschätzte College Dr. *Siegwart-Ronca* nach kurzer Krankheit an einem Herzschlage. Der Verblichene, welcher von der bekannten Familie *Siegwart*, Besitzer der Glasfabrik Flühli und Hergiswyl, stammt, machte seine wissenschaftlichen Studien in Luzern und später an der Universität Heidelberg, practicirte kurze Zeit in Meggen und liess sich dann bleibend in Kriens nieder. Hier gründete er 1856 ein freundliches Heim und lag nun seither seiner ausgedehnten ärztlichen Praxis ob. Durchdrungen von edlem Pflichtgefühl und erfüllt von ächter Menschenfreundlichkeit, opferte er sich in rastlosem Eifer ganz dem mühevollen, aber schönen Berufe. Obwohl bescheiden und anspruchslos, nahm er doch stets regen Antheil an dem öffentlichen und geselligen Leben, besuchte stets mit freudiger Begeisterung die Versammlungen der schweizerisch-gemeinnützigen Gesellschaft, deren Mitglied er war. Den Verewigten zeichneten aber insbesondere wahr-

hafte Menschenliebe und ein uneigennützziger Sinn aus; er war ein Freund und Wohlthäter der Armen und Leidenden.

Sein Hinscheid ist auch ein harter und schmerzlicher Verlust für die Rettungsanstalt Sonnenberg. Seit vollen 20 Jahren war der theure Verblichene ein besonders thätiges und anregendes Mitglied des Comités derselben und hat während dieses langen Zeitraumes das Sanitarische für die Zöglinge in edelster und uneigennützigster Weise, mit grösster Aufopferung und Gewissenhaftigkeit, und auch mit glücklichem Erfolge besorgt; ihn leitete der erhabene Gedanke, hierdurch ein Werk ächter Menschenliebe und christlicher Barmherzigkeit an den armen, verlassenen, der Anstalt anvertrauten Knaben zu thun. Sein Andenken wird für die Anstalt Sonnenberg, aber auch für die Gemeinde Kriens im Segen verbleiben. Möge dieses segensreiche Wirken, wie die hohe Achtung, welche er von seinen Mitbürgern genoss, und welche sich auch durch ein äusserst zahlreiches Leichengeleite bekundete, der hochverehrten Gattin, seinen zahlreichen Verwandten und Freunden zum Troste gereichen!

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 11. bis 25. April 1882.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Varicellen 3 Fälle (3, 8, 2).

Scharlach 10 Erkrankungen (17, 22, 10), zerstreut auf dem Nordwestplateau, Birsigthale und Kleinbasel.

Typhus 3 neue Fälle in Grossbasel (2, 4, 8, 3). Summe der Erkrankungen seit dem 11. Januar 28 gegen 605 im gleichen Zeitraum des Vorjahres.

Diphtherie und Croup 9 Fälle (17, 20, 18), wovon 5 auf dem Nordwestplateau.

Erysipelas 9 Fälle (7, 15, 4).

Parotitis nur 1 Anzeige.

Puerperalfieber 1 Erkrankung.

Bibliographisches.

32) *Füri*, Dr., Das Schlafen mit offenem Fenster. Nr. 3 der belehrenden Volksschriften. 8°. 32 S. Bern, Lang & Cie. Preis 60 Cts.

33) *Karsten*, Prof. Dr. *H.*, Deutsche Flora. Pharmaceutisch-medicinische Botanik. Mit Holzschnitten. Lieferg. 4, 5, 6 = S. 337—624. Berlin, J. M. Späth. Preis des compl. Werkes, ca. 80 Bogen, Fr. 26. 70.

34) *Möbius*, Dr. *P. J.*, Die Nervosität. Illustr. Gesundheitsbücher Nr. 16. 8°. 191 S. Leipzig, J. J. Weber. Preis broch. Fr. 2. 70, eleg. geb. Fr. 4.

35) *Kaposi*, Prof. Dr. *Moritz*, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten für practische Aerzte und Studirende. 2. verbesserte Auflage. I. Hälfte. 432 S. 8°. Wien, Urban & Schwarzenberg.

36) *International Medical Congress*. De l'anémie des mineurs du Gothard causée par l'Ankylostome duodénal, by Dr. *Long*, Genua. 8°. 7 S.

37) *del Greco*, Prof. *G.*, Di un caso di stafilorafia. Lettera al Prof. *A. Simi*. 8°. 7 S. Florenz.

38) *del Greco*, Prof. *G.*, Nuovo Istrumento per la Electro-Terapia. Processo misto per la Rettotomia. Lettera al Prof. *A. Simi*. 8°. 7 S.

39) *del Greco*, Dott. *G.*, Apparecchio semplice d'economico per la polverizzazione a vapore dei Liquidi. Nota chirurgica. Sep.-Abd. a. d. Imparciale Firenze. 8°. 4 S.

40) *Lötscher*, Dr., Der Alcoholismus, dessen Folgen und Mittel der Bekämpfung mit specieller Rücksicht auf die Schweiz. 8°. 46 S. Arbon, Rüdlinger.

41) *Haussmann*, Dr. *D.*, Die Bindehautinfection der Neugeborenen. 8°. 175 S. Stuttgart, Ferd. Enke.

Briefkasten.

Pag. 242 letzter Nummer heisst der Autor der Brochure „Thatsachen zur Pocken- und Impffrage“ Böing und nicht *Bönig*.

Herrn W. R., Gerant des Luftcurortes B—g bei Basel: Sie haben sich veranlasst gesehen, Ihren Luftcurort durch ein Circular den Schweizer Aerzten in Erinnerung zu rufen und dieselben einzuladen, sich durch persönlichen Besuch von den Vorzügen Ihres Etablissements zu überzeugen — das genügte. Wenn Sie aber auf die unreinliche Idee verfallen, dem betr. Circular die Note beizudrucken: ***„Jede Zuweisung eines Curgastes betrachte ich als Consultation und honorire dieselbe mit Fr. 20“****, so müssen Sie sich gefallen lassen, dass dieser ebenso plumpe als tactlose Bestechungsversuch der Aerzte auf das energischste zurückgewiesen wird. Wenn Sie glauben, in der Schweiz Aerzte zu finden, die gewissenlos genug sind, um Ihr Trinkgeld von 20 Franken den Patienten Ihren B—g zu empfehlen, so irren Sie gewaltig und der Zweck, in dieser unlautern, oder aber sehr ungeschickten Weise Ihren hübschen Curort zu heben, muss in's Gegentheil umschlagen, da jeder Arzt sich nun wohl hüten wird, Ihnen Patienten zuzuweisen, um nicht in Ihren und der Collegen Augen als Einer gerichtet zu werden, dessen Unparteilichkeit durch ein Trinkgeld von Fr. 20 zertrümmert worden ist.*

Herrn Dr. *Schädler* in V.: Wir erkundigen uns in der angegebenen Richtung. Herrn Dr. *Borel*, Neuchâtel: Besten Dank.



Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.



CORRESPONDENZ-BLATT

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die zweisp. Zeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N° 10. XII. Jahrg. 1882. 15. Mai.

Zum 26. Mai.

Schon wieder ist der Frühling in's Land gezogen und es ertönt der bekannte Ruf an alle Collegen, auf einige Stunden aus dem Kreise der gewohnten Arbeit herauszutreten, um in Zürich der 25. Versammlung des ärztlichen Centralvereins beizuwohnen.

Ein Blick auf die interessanten Tractanden, auf die so lehrreichen klinischen Demonstrationen, auf den so liebenswürdig für uns arrangirten Vorabend, sowie nicht zum geringsten Theil die angenehmen Erinnerungen an die schönen, bei dieser Gelegenheit in Zürich zugebrachten Tage wecken wohl in Allen den Wunsch, dem Rufe Folge leisten zu können; denn wir haben es nöthig, von Zeit zu Zeit uns wieder zu sehen, um gegenseitig Erlebtes und Zukunftspläne auszutauschen, um im fröhlichen Beisammensein neue Anregung und neue Begeisterung zu unserem oft so schweren Berufe uns zu schöpfen.

So möge denn auch diesmal wieder die Zürcher Zusammenkunft zahlreich besucht sein von Jung uud Alt, von Stadt und Land, von alten Jugendfreunden und von den Collegen gemeinsamer Arbeit, von Lehrern und Schülern; möchte uns Allen es vergönnt sein, einige ungetrübte Stunden zu durchleben!

Original-Arbeiten.

Mittheilungen aus dem städtischen Krankenhause in Schaffhausen.

Von Dr. **F. v. Mandach** junior, Volontär-Arzt daselbst.

I.

Totalexstirpation des Uterus wegen grossem Fibroid und Extraction eines Blasensteines.

Im Verlaufe des letzten Jahres kam im hiesigen Krankenhaus eine Exstirpatio uteri zur Ausführung, die vielleicht auch in weiteren Kreisen einiges Interesse

finden wird und als kleiner Beitrag zur Casuistik dieser Operation einer Berichterstattung werth ist.

Die einschlagende Litteratur über dieses Capitel wurde gerade in der neuesten Zeit so gründlich aufgeführt und gesichtet, dass ich hier wohl darüber hinweggehen und mich direct zur Mittheilung des Falles wenden darf.

Barbara Muhl, 43 Jahre alt, von Büttenhardt, Ct. Schaffhausen.

Anamnese: Der Vater der Patientin starb an Phthisis pulmonum, die Mutter an einem Herzfehler. Von 10 Geschwistern lebt gegenwärtig nur noch ein Bruder, der gesund sein soll. Eine Schwester collabirte aus nicht zu eruirender Ursache zwei Stunden nach einer Geburt. Die sieben übrigen Geschwister starben in den ersten Lebensmonaten.

Patientin selbst sei in ihrer Jugend immer gesund gewesen; sie menstruirte zum ersten Mal im 16. Lebensjahr und seither regelmässig alle 3 Wochen. Die Periode war jedoch jeweils von dysmenorrhoischen Erscheinungen und sehr starkem Blutverlust begleitet.

Als Muhl im Jahre 1865 in Basel, wo sie als Köchin in Dienst war, erkrankte, wurde sie auf die chirurgische Klinik gebracht und daselbst an peritonitischen Erscheinungen und bedeutenden Metrorrhagien vom 11. März bis 5. August behandelt. Während dieser Zeit soll dieselbe mehrfach an ausgesprochenen hysterischen Erscheinungen (Globus hyst. und clonischen Krämpfen) gelitten haben.

Patientin wurde geheilt entlassen und ging bis vor 4 Jahren ihren Geschäften nach. Zu dieser Zeit erkrankte sie abermals an Peritonitis und wurde von Dr. *Berta* in Thayngen mit Erfolg behandelt. Im Herbst 1879 stellten sich heftige Metrorrhagien ein, die jedoch nach kurzer Zeit sistirten, um im Juni 1880 mit erneuerter Heftigkeit wiederzukehren. Bald darauf blieben die Menses vollkommen aus, worauf besonders in der linken Seite des Unterleibes heftige Schmerzen eintraten, welche die Patientin nie vollkommen verliessen und bald deren Arbeitsunfähigkeit bedingten.

Vom November 1880 an musste die Patientin regelmässig cathetrisirt werden, da sie den Urin nicht mehr spontan lösen konnte. Als sich die Schmerzen nun fortwährend steigerten, suchte sie am 13. December 1880 im städtischen Krankenhaus in Schaffhausen Unterkunft, wo bei ihrem Eintritt folgender

Status präsens notirt wurde:

Patientin von gesundem, fast blühendem Aussehen und normalem Körperbau. Lungen, Herz, Leber und Milz normal. Das Abdomen ist in der untern Hälfte stark vorgewölbt und lässt seiner äussern Configuration nach eine Schwangerschaft im 6. Monate vermuthen. Bei der Palpation fühlt man einen resistenten, glatten Tumor durch die Bauchdecken durch, der von der Symphyse bis zum Nabel reicht und seiner Form nach einem schwangern Uterus entspricht. Die Bauchdecken sind darüber verschiebbar, der Percussionston ist absolut gedämpft. Es sind keine kleinen Theile zu fühlen, weder Uteringeräusche noch fötale Herztöne zu hören. Die Adspection und Untersuchung der äussern Geschlechtstheile und der Vagina lässt dieselben im intacten Zustande erscheinen.

Die bimanuelle Untersuchung ergibt einen vollkommen spitzwinklig retroflectirten Uterus. Auf der Knickungsstelle desselben erhebt sich eine derbe Geschwulstmasse, die nach vorne an die Blase grenzt, steil in's Abdomen hinaufsteigt und jenem Tumor entspricht, der schon bei der äussern Untersuchung fühlbar war. Am Fundus uteri sind noch zwei kleinere Tumoren zu constatiren. Die Portio vaginalis zeigt nichts Auffallendes. Die Uterussonde kann nur 1 cm. weit über den innern Muttermund eingeführt werden. Der Catheter verursacht heftige Schmerzen und entleert nur kleine Quantitäten eines normalen Urins. — Das Rectum und die palpablen Lymphdrüsen sind frei.

Die Diagnose lautete: Grosses subperitoneales Fibroid auf der Vorderfläche eines retroflectirten Uterus; multiple, kleinere Fibroide auf dessen Rückseite.

Da die Patientin vollkommen arbeitsunfähig, ihr Lebensgenuss durch die unerträglichen Schmerzen bedeutend reducirt und Aussicht auf Besserung durch eine medicamentöse Behandlung nicht vorhanden war, erklärte sich dieselbe zu jedem chirurgischen Eingriff, gleichgültig in welchem Grade derselbe ihr Leben bedrohen könnte, bereit.

Von der einfachen Castratio feminis musste von vorne herein abgesehen werden, da

die Operation bei der Grösse des vorliegenden Fibroides kaum ausführbar und der Erfolg derselben jedenfalls ein höchst zweifelhafter gewesen wäre. Denn die Patientin erlitt die grössten Beschwerden von Seite der Blase, auf deren Fundus das ganze Gewicht des Fibroides ruhte. Ihre Wandungen waren voraussichtlich mit dem Tumor verwachsen und hatten durch die Castratio feminis weder eine wesentliche Entlastung noch ihr Freiwerden zu erwarten.

Die einzige Möglichkeit war daher: die totale Exstirpation des Fibroides sammt dem Uterus, eine Operation, die am 10. Januar 1881 von meinem Vater und mir gemeinschaftlich ausgeführt wurde.

Wir hielten uns im Wesentlichen an die Vorschriften, welche *Freund* für die totale Exstirpation des carcinomatösen Uterus aufstellt, sahen uns jedoch während der Operation veranlasst, sein Verfahren, den Verhältnissen entsprechend, etwas zu modificiren.

Der Operationssaal war stark geheizt; Patientin erhielt eine Stunde vor Beginn der Operation 0,01 Morphium acetic. per injectionem; die Narcose, die vermittelst englischen Chloroforms bewerkstelligt wurde, war ruhig und durch keine Zwischenfälle gestört. Instrumente und Schwämme, sowie die Hände der Operirenden und Assistirenden waren nach antiseptischen Grundsätzen desinficirt.

Die Patientin wurde, mit dem Becken nach oben, auf eine schiefe Ebene gelagert, so dass die mobilen Eingeweide der Bauchhöhle mehr gegen das Zwerchfell als gegen die Bauchdecken drängten. Nachdem die Haut des Abdomen eingeseift und mit warmer 5% Carbollösung gewaschen war, wurde der Bauchschnitt in der linea alba vom Nabel bis zur Symphyse geführt. Während der schichtweisen Durchtrennung der Bauchdecken kamen nur wenige unbedeutende Arterien zur Unterbindung. Sobald das Peritoneum auseinander wich, lag der pralle, weisse Tumor in der Wunde und konnte durch dieselbe, mittelst einer durch seine Masse gelegten Seidenschlinge, soweit herausgezogen werden, dass der Mangel von Verwachsungen mit dem Peritoneum der Bauchwand und Intestina constatirt werden konnte. Während dieser Manipulation wurden die Eingeweide durch eine neue, mit 5% Carbollösung getränkte Compresse zurückgehalten.

Die Ligamenta lata lagen zu beiden Seiten der Geschwulst, waren gezerrt, unregelmässig gefaltet und betteten zwischen ihren Blättern mächtige Venen. Es war daher nicht daran zu denken, dieselben in den typischen drei Partien, wie sie *Freund* vorschreibt, zu unterbinden, sondern wir fassten je eine Gewebspartie zwischen zwei grossen Venen in eine Massenligatur und unterbanden die einzelnen Gefässe vor ihrer Durchtrennung doppelt, so dass der Blutverlust auf ein Minimum reducirt wurde. Die Uterinarterien wurden theils en masse, theils aber, falls sie zum Spritzen kamen, einzeln unterbunden. Die Hauptschwierigkeit bot nun die Lostrennung der hintern Blasenwand von dem Tumor, denn die Vesico-Uterinfalte war verstrichen und die hintere Blasenwand mit der Geschwulstmasse vollkommen verwachsen.

Nachdem dies mit der *Cooper*'schen Scheere successive und ohne Eröffnung der Blase vollendet war, konnte nun, nach Durchtrennung des Laquear vaginæ, der ganze Tumor sammt dem Uterus durch die Bauchwunde entbunden werden.

Die Unterbindungen, sowohl die der Ligamenta, als auch die der einzelnen Gefässe, wurden mit in 5% Carbollösung mehrfach gekochter Seide vorgenommen.

Nachdem nun die Blutung sorgfältig gestillt war, wurden die Stümpfe der Ligamenta lata in die Vagina herabgezogen und darüber das Peritoneum mit feiner, ebenfalls wohl desinficirter Seide, von der Bauchseite aus vernäht, die vorgefallenen und während der Operation häufig blosgelegten Intestina mit $2^1/_2\%$ Carbollösung gewaschen, reponirt und die Bauchwunde durch Silber-Platten-Nähte, welche das Peritoneum längs der Wunde flächenhaft vereinigten, zusammen gezogen. Nachdem endlich die äussere Haut durch theils tiefe, theils oberflächliche Knopfnähte mit Seide geschlossen war, wurde ein *Lister*-Verband angelegt und die Patientin in ein gut erwärmtes Bett gebracht. Dieselbe war sehr collabirt, die Haut, kalt, Puls klein, frequent, das Sensorium, soweit es die Nachwirkung des Chloroforms erlaubte, jedoch frei.

Carbolspray war während der Operation nur vorübergehend angewandt worden, um eine Intoxication möglichst zu vermeiden.

Die Operation dauerte nicht völlig zwei Stunden.

Der Wundverlauf war im Wesentlichen Folgender:

11. Januar: Starker Collaps, Gesicht blass, Puls frequent, klein; heftige Schmerzen im Abdomen, quälender Durst. Patientin hat Nachts nicht geschlafen. Temperatur normal; Urin wird spontan gelöst. Ordin.: Champagner, Ruhe.

12. Januar: Status id. Carbolinjection in die Vagina.

13. Januar: Patientin hat 2 Stunden geschlafen, Schmerzen sind weniger heftig. Leichter Icterus. Puls 96. Temp. normal. Verbandwechsel unter Spray. Die Platten-Nähte werden entfernt.

14. Januar: Icterus nimmt zu; Puls voll, 90. Spontaner, geformter Stuhl. Abdomen weich. Da der Urin eine grünliche Tinction zeigt, werden die Ausspülungen der Vagina mit Salicylsäure und Eucalyptusöl gemacht.

15. Januar: Collapserscheinungen sind verschwunden. Verbandwechsel; alle Nähte entfernt. Die Hautränder sind per primam geheilt. Temperatur steigt Abends auf 38,7.

16. Januar: Status id.

17. Januar: Icterus geringer. In der untern Hälfte der Bauchnaht zeigt sich eine geröthete, fluctuirende Stelle, die bei der Incision einen chocoladefarbenen jauchigen Brei entleert. Haut, Fascien und Muskeln klaffen weit auseinander, so dass im Grunde der Abscesshöhle das Peritoneum blosliegt. Die Wunde wird durch Heftpflasterstreifen so weit als möglich zusammengezogen. — Aus der Vagina übelriechender, eitriger Ausfluss. Temperatur 38,6. Verbandwechsel von heute an täglich.

24. Januar: Allgemeinbefinden bessert sich. Patientin geniesst Eier, Milch, Bouillon und Wein. Die peristaltischen Bewegungen der Gedärme sind immer noch mit heftigen Schmerzen verbunden. Temperatur schwankt zwischen 37,2 und 38,5.

25.—29. Januar: Die Temperaturen sinken selten unter 38, stiegen Abends bis 39,2. Der Urin enthält viel Eiter, Blut und Schleim. Ausspülen der Blase mit Salicyllösung. Die klaffende Bauchwunde füllt sich mit guten Granulationen.

6. Februar: Eiterdepot im Urin geringer. Beim Ausspülen der Blase entleert sich durch den Catheter eine feine Seidensutur (Peritonealnaht). Die Temperatur, die in den letzten Tagen Morgens normal gewesen, Abends nie über 38,5 gestiegen war, erreicht heute 40,0, ohne dass ein bestimmter Grund nachgewiesen werden konnte. Während der folgenden Tage geht dieselbe wieder zurück und ist vom

10. Februar an normal. Allgemeinbefinden gut. Urin enthält wenig eitrig-schleimiges Sediment. Patientin geniesst feste Nahrung und hat regelmässigen Stuhlgang.

16. Februar: Bauchwunde geschlossen. Abfluss per vaginam sehr gering. Urin klar.

6. März: Patientin hat nur noch vorübergehend Schmerzen im Unterleib; steht auf.

16. März: Convulsivischer, hysterischer Anfall.

1. April: Untersuchung mit Milchglasspeculum: Die Stümpfe der lig. lata haben sich vereinigt und sind vollkommen vernarbt. Die Ligaturen liegen als lose



Ringe in der Gewebsmasse eingewachsen und können nach der Durchtrennung der Knoten leicht entfernt werden.

Patientin bringt einen grossen Theil des Tages ausser Bett zu, hat guten Appetit, ist jedoch nie vollkommen schmerzfrei und klagt namentlich beim Urinlassen über stechende Schmerzen in der Blasengegend. Sie leidet viel an Globus hystericus und Blutandrang gegen den Kopf. —

Am 7. April, also 3 Monate nach der Operation, kehrte die Pat. in ihre Heimath Büttenhardt zurück und kam erst im Juli 1881 wieder in unsere Behandlung.

Bevor ich die weiteren Schicksale unserer Patientin schildere, seien hier noch einige Worte über die Untersuchung der exstirpirten Geschwulstmasse eingeschoben:

Der Uterus selbst ist fast vollkommen in der Neubildung aufgegangen. Derselbe ist nicht retroflectirt, wie aus der bimanuellen Untersuchung hervorzugehen schien, sondern er beherbergt in seiner hintern Fläche, neben zwei haselnussgrossen Fibroiden, ein drittes von der Grösse und Form eines normalen Corpus uteri, welches sehr wohl im Stande war, letzteres selbst in retroflectirter Lage vorzutäuschen. Der grosse Tumor auf der vordern Fläche der Gebärmutter entspricht in seiner Grösse und Gestalt vollkommen dem Bilde, das uns die äussere und combinirte Untersuchung bei der Aufnahme der Patientin ergab.

Die exstirpirte Gewebsmasse nahm einen Raum von 17,00 Kub.-Cm. ein.

Die microscopische Untersuchung bestätigte die Diagnose ebenfalls, indem die zahlreichen Schnitte alle die typische Structur eines Fibroides darboten.

Angesichts der hysterischen Erscheinungen, welche schon während der Nachbehandlung sich wieder einstellten, dürfte wohl mancher der Herren Collegen vorwurfsvoll an die im Abdomen zurückgelassenen Ovarien gedacht haben. Wir haben dieselben nicht exstirpirt, weil der Eingriff durch die Entfernung der oben beschriebenen Geschwulstmasse ein colossaler war und wir die Gefahr einer weitern Verletzung für eine weit grössere hielten, als diejenige, welche der Patientin aus den zurückgebliebenen Ovarien je erwachsen könnte.

Als sich die Patientin im Juli 1881 endlich wieder zur Untersuchung einstellte, begrüsste sie uns mit der deprimirenden Bemerkung, dass es ihr dreimal schlechter gehe, als vor der Operation. Sie gab nun an, während ihrer Abwesenheit fortwährend heftige, reissende Schmerzen in der untern Hälfte des Unterleibes gefühlt zu haben. Zuweilen hätten sich diese Schmerzen gesteigert und hätten so lange „gezockt", bis sich entweder per vaginam oder per vesicam Blut und Eiter in reichlichem Maasse entleert hätte. In der letzten Zeit habe sie nun bei jeder Bewegung sehr intensive Schmerzen verspürt, müsse immer nach vorne gebückt gehen und könne nur mit Mühe und unter heftigen Schmerzen Wasser lösen. Letzteres sei immer mit Eiter vermischt und häufig blutig tingirt gewesen. Stuhlgang normal und regelmässig.

Die äussere Untersuchung der gut genährten und sonst kräftigen Patientin ergab nichts Auffallendes. Durch ein Vaginalspeculum konnte man zwischen den verwachsenen Stümpfen der lig. lata noch eine Ligatur entdecken, die jedoch festgewachsen war und deren Anziehen heftige Schmerzen verursachte.



Beim Sondiren resp. Cathetrisiren der Blase stiessen wir auf einen harten, klingenden Fremdkörper, der sich alsbald als Blasenstein verrieth und auch als solcher mit dem Endoscope gesehen werden konnte. Der Urin bildete fortwährend ein kleines Eiterdepot, wies jedoch weder in Quantität noch in seiner chemischen Reaction eine wesentliche Abnormität auf.

Der nächstliegende Gedanke war nun der, dass sich zwischen den verwachsenen Stümpfen der Lig. lata einerseits und der Peritonealnaht andererseits Abscesse gebildet, welche die ohnedies schon wunde, bei einer Arterienunterbindung vielleicht auch etwas mitgefasste hintere Blasenwand perforirt und ihren eitrig-blutigen Inhalt sammt einigen Suturen der Peritonealnaht in die Blase entleert hatten. Eine dieser Suturen ging, wie oben erwähnt, durch den Catheter ab, während eine andere offenbar als Corpus alienum in der Blase liegen blieb, sich inkrustirte und so zum Kern eines Blasensteines und für uns ein neues Object operativer Eingriffe wurde.

Wir beabsichtigten den Stein zu extrahiren, oder, falls dies nicht gelingen sollte, mit dem Lithotriptor zu zertrümmern. Die Operation wurde am 28. Juli vorgenommen.

Nachdem die Patientin tief narcotisirt war, wurde sie auf ein Querbett in Steinschnittlage gebracht. Von den *Simon*'schen Urethralspecula wurden Nro. 2 bis 6 successive eingeführt und jedes während 10 Minuten in der Harnröhre liegen gelassen. Als wir so weit waren, dass wir den Zeigefinger ohne grosse Mühe einführen konnten, fühlten wir den birnförmigen, rauhen Stein sehr deutlich, fühlten auch, dass derselbe sehr beweglich war, dass jedoch alle seine Bewegungen sich um einen fixen Punct vollzogen und dass sich von diesem fixen Puncte, der in der hintern Blasenwand lag, ein Faden zur Spitze des Steines hinüber zog, mithin sich das Concrement um denselben auskrystallisirt hatte.

Unter der Führung des linken Zeigefingers wurde nun eine *Cooper*'sche Scheere längs des Steines und des Fadens bis an die Blasenwand vorgeführt und dieser dicht an letzterer durchtrennt. Der nun freie Stein konnte leicht mit einer dünnen, etwas gebogenen Steinzange an seiner Spitze gefasst und trotz seiner rauhen Oberfläche ohne starke Verletzung der Schleimhaut der Urethra vorsichtig extrahirt werden. Die Blase wurde durch einen dicken Catheter ausgewaschen, von Blut, Eiter und den abgebröckelten Steinresten gereinigt und die Patientin gleich darauf in ein gut erwärmtes Bett gebracht.

Die weitere Krankengeschichte und Nachbehandlung lässt sich in wenige Worte zusammenfassen: Puls und Temperatur blieben absolut normal. Das Allgemeinbefinden, sowie die Schmerzen besserten sich rasch; Patientin konnte den Urin längere Zeit zurückhalten und dann spontan entleeren. Eiter und Blut waren am sechsten Tage nach der Operation aus demselben verschwunden. Patientin wurde am 19. September in diesem gebesserten Zustande entlassen.

Im October hat sie mich noch mehrmals besucht und dabei den 2—3 Stunden weiten Weg von Büttenhardt nach Schaffhausen zu Fuss zurückgelegt.

Der extrahirte Blasenstein, ein Uratstein von gelblich-weisser Farbe, hat die Form einer kleinen, der Länge nach halbirten Birne, ist 3 cm. lang, 1,5 cm. dick

und wiegt 5,0 grmm. Die eine etwas flachere Seite ist vollkommen glatt und über ihr wölbt sich die convexe Seite des Steines in Form eines „Sinters“. An seiner Spitze ragt die Schleife sammt Knoten und Enden eines Seidenfadens hervor, der um einen Stumpf der Lig. lata gelegen hatte, aus einer Abscesshöhle vermuthlich in die perforirte Blase gespült worden und dort mit einem Ende eingeheilt war.

Zum Schlusse sei mir noch die Bemerkung gestattet, dass wir zur Unterbindung von Arterien uns gegenwärtig nie mehr desinficirter Seide bedienen, da wir es nur zu oft erleben mussten, dass Patienten, deren Wunden per primam geheilt waren, nach Wochen sich mit Abscessen oder Fisteln wieder einstellten, die ihren Ursprung einer kurz abgeschnittenen Seidenligatur verdankten und nach deren Entfernung auch heilten.

Bei dem nach *Kocher* präparirten Catgut, die wir, um unserer Sache sicher zu sein, aus keiner Fabrik beziehen, sondern selbst bereiten, haben wir Aehnliches noch nie erlebt.

Wir würden daher heute statt einer intraabdominellen Seidensutur ein Catgutnetz vorziehen und dabei einer grossen Sorge um die Zukunft des versenkten Nähmaterials enthoben sein.

Ueber Neuritis olfactoria.

Von Prof. Dr. **Huguenin.**

(Schluss.)

Einige spätere analoge Beobachtungen übergehe ich als weniger beweiskräftig. Dagegen liegt gegenwärtig auf der Klinik eine Patientin, welche an einer Hirngeschwulst mit Geruchsverlust leidet; das Krankheitsbild ist derart, dass hier wohl eine kurze Notiz davon gegeben werden kann:

Patientin stammt aus einer mit vielen Krankheiten belasteten Familie; namentlich soll der Vater von Jugend auf an Kopfweh und Schwindel gelitten haben. Von 7 Geschwistern ist keines ganz gesund, ein Bruder ist phthisisch; einer leidet an Chorea, einer ist Maler und leidet an saturninen Unterleibsbeschwerden, 2 weitere Brüder haben Drüsenschwellungen, und eine Schwester litt an einer Hirnaffection, von der sie wieder genas. Pat. selber aber war leidlich gesund und hatte namentlich nie an Drüsenaffectionen zu leiden. Jetzige Affection datirt seit $1^1/_2$ Jahren und begann mit allnächtlichem intensivem Kopfweh, mit regelmässig darauf folgendem galligem Erbrechen. Das Kopfweh begann allemal um Mitternacht und dauerte bis am Morgen, hatte seinen Sitz in der rechten Seite der Stirne und strahlte gegen Occiput und Nacken aus. Erbrechen bildete allemal den Abschluss des Anfalles und kam gegen Morgen. In neuerer Zeit gesellten sich zum Erbrechen ziemlich intensive Schwindelgefühle. Im Jahre 1881, vom August bis September, in einem Zeitraum von $3-3^1/_2$ Monaten, verlor Pat. allmälig das Augenlicht; seit Anfang December 1881 ist sie vollkommen blind. Abends bei der Dämmerung bemerkte sie während dieser Zeit stets eine regenbogenartige Lichterscheinung, zusammengesetzt aus Stäben und Kugeln, aber über das Gesichtsfeld ist keine Auskunft von der Patientin zu bekommen. Zu gleicher Zeit mit dem Sehvermögen verminderte sich auch das Geruchsvermögen und soll mit eingetretener Blindheit vollkommen verschwunden sein. Ferner sei auch im Geschmacke eine Störung eingetreten und linkerseits habe das Gehör abgenommen, während es auf der rechten Seite gänzlich normal blieb.

Sprache, Schluck- und Zungenbewegungen erlitten nie eine wesentliche Alteration. Von October bis December 1881 aber spürte Patientin eine auffallende Muskel-



schwäche auf der rechten Körperseite (Arm und Bein), und dies soll jetzt noch bestehen. Immerhin hat Patientin immer gehen können, Tast-, Temperatur- und Schmerzempfindung sollen allenthalben normal geblieben sein. Aber die Kranke war beständig sehr schwach und matt und liegt seit einem Jahre fast beständig zu Bette. Weitere Symptome, namentlich eine specielle Organerkrankung, haben nie existirt.

Status vom 7. März 1882 (Klinik). Es werden namentlich folgende Puncte hervorgehoben und genauer besprochen:

1) Intelligenz. Sie ist normal, abgerechnet eine leise Schwäche des Gedächtnisses, welche aber blos bei jüngst verflossenen Dingen in die Erscheinung tritt. Urtheilskraft, Begriffsbildung etc. sind ganz intact, Pat. hat volle Einsicht in ihren Zustand und trägt ihr Schicksal mit beneidenswerther Resignation.

2) Motilität. Alle Muskelgebiete von guter Ernährung, nirgends eine Atrophie, namentlich nicht an den Extremitäten. Dieselben werden im Bette alle in durchaus normaler Weise bewegt. Aber beim Stehen zeigt sich eine nicht unwesentliche Abnormität: Pat. steht unsicher und schwankend; auch der Gang ist unsicher, und zwar rührt dies nicht etwa vom Fehlen des Augenlichtes, sondern auf dem Teppich schreitend, wenn Pat. an einem Finger dirigirt wird und ganz bestimmt weiss, dass kein Hinderniss im Wege steht, wackelt sie auf beiden Beinen; und bei genauerer Betrachtung kann diese Abnormität folgendermaassen definirt werden: In den Muskeln der Unterschenkel fallen einzelne Bewegungen aus, die zur gymnastischen Rundung der Action nöthig sind — dafür erscheinen einzelne überflüssige Muskelbewegungen, welche die normale Function stören, z. B. Heben der Zehen und dgl. Der Gang hat nichts von der Rückenmarksataxie, dagegen kann er einfach bezeichnet werden als Cerebellar-Ataxie, wobei hervorzuheben ist, dass dies Symptom noch durch Läsion anderer um das Kleinhirn herumliegender Organe bedingt werden kann.[1])

Hinterer Vierhügel, Pons, Crus cerebelli ad pontem. — Ferner zeigt Pat. einen exquisiten Reitbahngang; in ca. 90% der Fälle geht sie in einem Bogen nach rechts hinaus, wenn ihr auch durch Stimme und Zuruf, deren Provenienz sie vollkommen deutlich einsieht, die einzuschlagende Richtung markirt wird. In ca. 10% der Fälle geht aber die Pat. in einem Bogen nach links. Es wird dabei hingewiesen auf diejenigen Affectionen, bei denen diese Abnormitäten gesehen worden sind, nämlich die Crura cerebelli ad pontem, die mittlern Kleinhirnschenkel; und die Bemerkung wird daran geknüpft, dass bis heute wenigstens ein fester Zusammenhang zwischen der Richtung des Reitbahnganges und einseitiger Affection der betreffenden Stelle sich nicht hat auffinden lassen.

R. Arm ist etwas schwächer als der linke.

R. Bein ist etwas schwächer als das linke. Leichte Parese des linken Hypoglossus. Leichte Parese des linken Facialis. Oculomotorii, Trochleares, Abducentes vollkommen intact. Dagegen hat Pat. einen leichten Nystagmus nach links hinüber, der aber nur bei vollkommener Ruhe in die Erscheinung tritt und bei Bethätigung der Augenmuskeln verschwindet.

Beide Pupillen ad max. erweitert und im Zustande absoluter Reactionslosigkeit.

Die Eserinwirkung tritt prompt ein. Dagegen ist Patientin unfähig, die Accommodationsbewegung zu vollführen, weder zeigt sich die mindeste Convergenz, noch verengern sich die Pupillen.

Im r. Arm und r. Bein erscheint hie und da ein leichter, kurz dauernder Tremor.

Sprache, Schlucken etc. vollkommen intact.

3) Sensibilität: Cutane Sensibilität am ganzen Körper in allen Stücken vollkommen intact.

Absolute Amaurose. Ophthalmoscopische Untersuchung: Totale Atrophie

[1]) Ich füge hier gleich bei, dass ich noch nie im Stande gewesen bin, diese verschiedenen Ataxien von einander zu unterscheiden und dass es für mich vorläufig nur eine Sorte cerebellarer Ataxie gibt, die allerdings nicht immer ganz identisch ist, aber eine Scheidung nach den obigen Organen jedenfalls noch nicht gestattet.



beider Optici, Retinalgefässe enge, Chorioidea von normaler Farbe; linker Opticus beinweiss, aber von schlechter Begrenzung, oval, grössere Axe senkrecht; um den ganzen Opticus herum ein graulicher Hof. Rechter Opticus gleich, Umgebung unterscheidet sich von links nur dadurch, dass die Venen etwas weiter sind.

Geruch. Auf beiden Seiten soviel als verschwunden (Trigeminus beider Nasenhöhlen gänzlich normal); einzelne ganz starke Geruchseindrücke werden fragmentarisch percipirt, andere ebenso intensive aber nicht im geringsten.

Gehör. Auf dem linken Ohre hochgradig herabgesetzt, auf dem rechten normal, Gehörgang und Trommelfell ergeben nichts.

Geschmack. Entgegen den Angaben der Pat. kann eine erhebliche Abnahme der Geschmacksfunction nicht constatirt werden; Pat. gibt auch an, sie habe den Geschmack der Speisen und erkenne sie mit Sicherheit.

4) Im Gebiete der reflectorischen Thätigkeiten ist keine besondere Abnormität aufzufinden.

5) Sehr häufige cephalalgische Anfälle; Scheitelschmerz, nach allen Seiten, namentlich nach hinten ausstrahlend, sehr häufig Erbrechen. Seit der Erblindung sind diese Symptome aber seltener und weniger quälend, sie erscheinen namentlich zur Zeit der Menses und sind dann von grosser Intensität.

6) Symptome von den übrigen Organen fehlen: Lungen, Herz gesund, ebenso Leber, Milz. Keine wesentliche Obstipation, Urin ohne Eiweiss und Zucker.

Zu diesem Symptomenbilde wurden ungefähr folgende Bemerkungen gemacht:

Der Complex der Symptome deutet mit grosser Sicherheit auf einen Tumor. Der Ausschluss anderer Hirnkrankheiten, die auch in Frage kommen könnten und das Raisonnement darüber gehören nicht hieher.

Bei der Bestimmung der Lage gehen wir am bequemsten aus vom Opticus. Früher hätte man in einem solchen Falle ohne Zweifel einfach Folgendes gesagt:

Wir haben a) absolute Atrophie beider Optici, welche im Verlaufe der Krankheit eingetreten (wobei wir allerdings leider nichts wissen über das Gesichtsfeld, allfälligen initialen Defect desselben, die initialen Zustände am Opticus); b) absolute Lähmung beider Pupillen, absoluten Mangel jeden Pupillarreflexes. — Folglich muss die Läsion auf der Bahn beider Optici liegen, und da beide Optici mit einander, wie es scheint in durchaus analoger Weise, erkrankten, so muss die Läsion an einer Stelle sich befinden, wo beide Optici ganz nahe bei einander liegen, also entweder im Chiasma oder im Vierhügel. Man hätte dann vielleicht weiter gesagt: Wir haben Geruchsverlust, also müssen auch beide Olfactorii direct lädirt sein, wir haben also einen Tumor vor uns in der vordern Schädelgrube, resp. der Chiasmagegend. Ein solches Raisonnement ist heute nicht mehr gestattet, denn:

Eine Neuritis optica descendens kann fast bei jeder Lage des Tumors vorkommen, cerebellare,. pontine, Vierhügel- und Hemisphärentumoren können dies Symptom liefern. Der Mangel jeden Lichtreflexes an der Pupille könnte auch für den vordern Vierhügel verwerthet werden, aber das Irrige einer solchen Annahme leuchtet sofort ein, wenn man in's Auge fasst, dass bei totaler Atrophie beider Optici der sensible Theil des Reflexbogens vollständig fehlt. Ein Schluss auf Erkrankung des vordern Vierhügels hat deswegen keine Berechtigung, wenn auch vollkommen zugegeben werden muss, dass ein den vordern Vierhügel vernichtender Tumor alle bezüglichen Symptome an den Augen machen könnte. Immerhin müsste es ein sonderbarer Tumor sein, der nur die Accommodations- und Pupilläräste vollkommen lähmt, alle andern Aeste des Oculomotorius und Trochlearis durchaus intact lässt; einen solchen Tumor könnte man sich in der That kaum vorstellen.

Beide Olfactorii sind gelähmt. Dürfen wir nun diese Lähmung zur Localdiagnose verwerthen, d. h. den Tumor in die allernächste Nachbarschaft des Olfactorius verlegen? Ohne Zweifel hätte man dies früher mit Vorliebe gethan, aber ein solcher Schluss führt zu exact den gleichen Täuschungen, wie der analoge am Opticus; es kann der Geruch ohne directen Tumorendruck ganz verloren gehen, und wenn wir nach der Ursache dieses auffallenden Verhaltens fragen, so muss die Antwort lauten:

Fast alle Hirntumoren machen zu einer Zeit ihres Bestehens eine chronische Entzündung an der Basis, welche die exponirtesten Nerven als Neuritis descendens einhüllt und sie bei einer gewissen Intensität zur Atrophie bringt. Diese chronische Entzündung, welche fortschreitet auf die Oberfläche des Cerebellums und durch die Fissura transversa cerebri auf die Plexus chor. übergeht, welche ferner hineinkriecht durch die offenstehende Unterhornspalte in's Unterhorn, ist auch die Ursache des chronischen Hydrocephalus beim Tumor. Diese gleiche chronische Entzündung kann auf verschiedenen Wegen vorschreiten in den IV. Ventrikel, und eine analoge Meningitis interna kann daselbst die Folge sein; sie kann auch in jener Gegend dem Acusticus entlang nach unten steigen. Es gibt in der That, wie eine Neuritis olfactoria und optica, auch eine Neuritis acustica beim Tumor, welche mannigfache Gehörstörungen ohne directen Tumorendruck hervorrufen kann.

Somit haben wir in unserm Falle auch nicht das Recht, die Parese des linken Acusticus zur Bestimmung der Localität des Tumors heranzuziehen. Daher müssen wir, um zu einem bestimmten Urtheil zu gelangen, uns an die andern Symptome halten, namentlich die motorischen. Allerdings verdienen partielle Lähmungen nach den obigen Andeutungen auch eine viel schärfere Kritik, als ihnen gewöhnlich zu Theil wird. Denn dass Neuritis der motorischen Nerven Lähmung macht, sehen wir ja alle Tage an den Gesichts- und Augenmuskellähmungen in denjenigen Fällen der tuberculösen Basalmeningitis, welche ein so massiges Basalexsudat nicht setzen, dass eine totale Compression motorischer Hirnnerven vorhanden wäre und welche keine Tuberkelnester und Blutungen in den Nervenstämmen zeigen. Kann doch eine totale Hemiplegie durch Neuritis und entzündliches Oedem eines Pedunculus hervorgerufen werden.

Ist nun vielleicht der Nystagmus zur Localdiagnose verwerthbar? Nystagmus ist eines der vieldeutigsten Symptome, und wenn auch *Rählmann* gefunden hat, dass er am ehesten auf eine Läsion am Boden des IV. Ventrikels hindeute, so kennen wir eben im weitern seine Existenz bei multipler Sclerose, bei Ataxie, bei Hämatom, bei Tumor des Cerebrums, Cerebellums, der Pedunculi, des Pons. Und in andern Fällen hat man gar nichts Palpables gefunden. Mit dem vorliegenden Nystagmus ist somit nichts anzufangen.

Lässt sich aus der Ataxie und dem Reitbahngang etwas Sicheres entnehmen? Die bezügliche Ataxie kann geliefert werden vom Cerebellum, vom hintern Vierhügel, vom Pons, vom Crus cerebelli ad pontem. Vorläufig sind wir aber durchaus ausser Stande, diese 4 Ataxien aus einander zu halten und wir haben somit unter diesen 4 Localitäten die Wahl.

Der Reitbahngang deutet nun mit einer gewissen Sicherheit auf das Crus cerebelli ad pontem, wobei vorläufig noch nicht gesagt werden kann, welches Crus cerebelli ad pontem, das rechte oder das linke, die Läsion erlitten hat.

Wenn nun auch dies Organ im Vordergrunde steht, so ist eine Discussion der andern Localitäten noch nicht ausgeschlossen. Vor Allem ist aber geboten, zu fragen, ob zu einer weitern Unterscheidung nicht herbeigezogen werden können die linkseitige Hypoglossus-, die linkseitige Facialis- und die rechtseitige Extremitätenparese, sowie der hie und da auftretende krampfhafte Tremor im rechten Arm und Bein, wozu nur zu bemerken, dass vom sog. Intentionszittern dabei keine Rede sein kann.

Vor Allem ist zu bemerken, dass alle diese Paresen sehr leise sind, dass von einer Muskelatrophie nirgends die Rede ist, dass also eine Vernichtung einer dieser Nervenbahnen durch directen Tumorendruck einfach unmöglich erscheint. Die Pat. ist ziemlich lange in Beobachtung und die Paresen haben nicht in erheblicher Weise zugenommen. Es kann sich also wohl nur um ein Neoplasma in der Nachbarschaft dieser Bahnen handeln, oder

dann handelt es sich auch hier um neuritische Lähmungen; doch lassen wir letztere für einmal noch nicht aufkommen, da die allgemeinen Anhaltspuncte zu ihrer Statuirung in der That noch zu fragmentarisch sind.

Die Paresen sind gekreuzt, Facialis und Hypoglossus links (Acusticus links), Extremitäten rechts. Eine solche Anordnung deutet mit grosser Sicherheit auf den untern Ponsrand und wir sind in der That sehr geneigt, in jener Ebene den die Symptome verursachenden Tumor zu suchen.

Combiniren wir nun mit diesen Ueberlegungen das über den Reitbahngang Gesagte, so kommen wir auf das linke Crus cerebelli ad pontem, und wir dürfen diese Localität mit um so grösserer Beruhigung statuiren, als eine Reihe anderer Ueberlegungen (die hier der Kürze wegen übergangen werden) den hintern Vierhügel äusserst unwahrscheinlich machen. Es ist zu bemerken, dass der Tumor selbstverständlich seitlich vom Trigeminuseintritte anzunehmen ist. — Nun sind Tumoren des Crus cerebelli ad pontem in der grössten Mehrzahl der Fälle zugleich Kleinhirntumoren, wie sie ja auch ebenso gut Ponstumoren sein können. Aber wir sind vorläufig ganz ausser Stande, zu bestimmen, wie weit der Tumor in's Kleinhirn seitlich hineingeht, denn eine Grössenbestimmung einer cerebellaren Hemisphärenläsion ist unthunlich; es kann in der That die linke Kleinhirnhemisphäre recht schwer afficirt sein, ohne dass wir eine Ahnung davon haben.

Dagegen ist der Pons zwischen den beiden Trigemini ganz gewiss intact; dies wäre aus dem Vorstehenden sehr leicht zu beweisen, gehört aber nicht mehr in dieses kurze Referat. Die vorliegenden Symptome aber kommen wesentlich von einem Tumor des Crus cerebelli ad pontem.

Auf jene Stelle ist zu beziehen:

Der Reitbahngang,

die Ataxie, welche freilich ebenso gut von einer in der Ausdehnung nicht näher bestimmbaren Kleinhirnläsion herrühren kann;

die Parese der rechtseitigen Extremitäten, leiser Druck auf den linken Pedunculus, resp. Pyramide;

das Zittern rechts, gleiche Ursache;

die Parese des Facialis links;

die Parese des Hypoglossus links, wobei es vorderhand ganz unsicher ist, ob man directen Nervendruck oder Neuritis anzunehmen hat;

die Parese des Acusticus links, wahrscheinlich eine Neuritis acustica;

der Nystagmus, wie er zu Stande kommt, wissen wir nicht.

Von jener Stelle ist ausgegangen eine nach vorne schleichende chronische basale Entzündung. Sie hat verursacht:

die Atrophie des Opticus, resp. die Neuritis optica und Neuroretinitis; aber letztere ist nicht beobachtet, wir haben blos den Schlusseffect vor uns;

die Atrophie der Lobi olfactorii, daher der Geruchsverlust.

Damit ist eigentlich Alles gesagt, was sich über den doppelseitigen Verlust des Geruches bei den Tumoren aus meiner eigenen Erfahrung ergibt; ich bemerke noch, dass sich über analoge Verhältnisse bei den chronischen Hirnabscessen ganz analoge Gesichtspuncte aufstellen lassen, nur ist die basale Meningitis daselbst sehr viel seltener. Damit ist nun natürlich nicht gesagt, dass ein directer Tumorendruck auf den Olfactorius den Geruch nicht vernichte, ich verkenne dies directe schädigende Moment hier so wenig als beim Opticus, aber ich behaupte Folgendes:

Die frühere Lehre, dass man bei der Localbestimmung eines Hirntumors, unter dessen Symptomen Amaurose vorkommt, dem Opticus entlang gehen müsse, war ein böses diagnostisches Element, von dem wohl alle Kliniker zu erzählen wissen; ein ebenso böses aber war die Annahme, dass bei Verlust des Geruches der Tumor allemal in der Nähe der Lobi olfact. sitzen müsse; mir persönlich hat diese Idee viel Verdruss bereitet.

Es bleibt die Aufgabe, neues Material über die Paresen der motorischen und sensibeln Hirnnerven, namentlich bei den Tumoren nahe der Basis zu sammeln, wie es in den letzten Jahren bei den acuten Formen der Basalmeningitis geschehen ist. Für viele diagnostische Erwägungen erwachsen daraus allerdings neue Schwierigkeiten, sie werden sich aber überwinden lassen. —

Es versteht sich von selbst, dass die ausgesprochenen Ansichten durchaus keinen Bezug haben auf den einseitigen Geruchsverlust bei den Herden einer Hemisphäre.

Die Beleuchtung dieser Fälle nebst Aufsuchung der centralen Olfactoriuswege soll den Gegenstand eines demnächst folgenden Artikels bilden.

Vereinsberichte.

Medicinische Gesellschaft in Basel.

Schriftführer für die Corresp.-Blatt-Referate Dr. *Daniel Bernoulli.*

Sitzung vom 17. November 1881.

Anwesend 20 Mitglieder.

Dr. *Courvoisier* gibt einen Bericht über den Todesfall Garfield's (abgedruckt im Corr.-Bl. 1881, S. 791).

Discussion: Dr. *Schneider* führt die Unrichtigkeit der Diagnose nicht auf Mangel an Kenntnisse, sondern auf psychologische Momente zurück.

Prof. *Roth* fragt nach dem Grunde der Eitersenkung und ihrer Localisation gerade hinter der Oeffnung. — Dr. *Courvoisier* hält die Sondenuntersuchung als Ursache nicht für unmöglich.

Schlachthausverwalter *B. Siegmund* hätte auch in Waffen- und Geschosskenntniss ein Mittel zur Diagnose gesehen.

Folgt Discussion über die basler Milchcuranstalten.

Sitzung vom 1. December 1881.

Anwesend 23 Mitglieder.

Prof. *Miescher-Rüsch* macht auf die Publication von *Hermann*'s Handbuch der Physiologie aufmerksam, das er als vollständigste Durcharbeitung aller Specialdisciplinen seit *Haller*'s Zeiten in Deutschland charakterisirt. *Hermann*'s Physiologie der Muskeln und Nerven zeichnet sich durch richtige Begrenzung der Aufgabe aus. Sehr schön bearbeitet ist durch *Heidenhain* die heutige Lehre von den Secretionen, wobei man sich freilich gestehen muss, dass die Lehre von der eigentlichen Zellenthätigkeit noch so dunkel ist wie jemals. Besonders empfiehlt Referent dem Practiker zum Studium *Voit*'s Stoffwechsel, ein vortreffliches, wenn auch etwas breit gehaltenes Résumé von des Verfassers Arbeiten. *Funke*'s Tastsinn überrascht durch feine Gedanken und klare Darlegung, und der Gehörsinn von *Hensen*, welcher physicalische Bildung und anatomische Kenntnisse in sich vereinigt, bildet eine Ergänzung zu *Helmholtz*' Werk. *Hensen*'s Physiologie der Zeugung nennt Referent die feinste und geistigste Blüthe des Handbuchs, enthält auch die höchsten Probleme. Dass die Bearbeitung des Centralnervensystems das Niveau der übrigen Arbeiten nicht erreicht, ist bei dem gährenden Zustand



dieser Disciplin begreiflich. Referent glaubt, dass dieses Handbuch einen grossen geistigen Rückschlag auf die ganze practische Medicin ausüben wird.

Derselbe bespricht einige neue Methoden der Blutuntersuchung, zunächst zur Blutkörperchenzählung. Hierfür empfiehlt er dem Kliniker und dem Arzte den von *Malassez* construirten und von *Thoma* und *Zeiss* modificirten Apparat in Verbindung mit dem *Gowers*'schen Objectträger, welche er vorweist und dabei empfiehlt, um die Störung durch das specifische Gewicht der Blutkörperchen zu vermeiden, die indifferente Flüssigkeit eher etwas Schrumpfung herbeiführend zu nehmen und rasch zu arbeiten. Als Corollarium der Zählung diene die chemische Blutuntersuchung. *Preyer*'s Verwerthung des Spectralapparats beruht darauf, dass das Hæmoglobin in verschieden starker Lösung bei gleich starker Beleuchtung verschiedene charakteristische Absorptionsstreifen zeigt; der Apparat erhielt aber seinen vollen Werth erst durch die Einrichtung desselben für Photometrie durch *Vierordt*.

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

Sitzung vom 9. April 1881.

I. Herr *W. v. Murall* trägt vor über die Schnittoperation bei Empyem. Er erwähnt zuerst des Einflusses der verbesserten Aspirations-Apparate und -Technik auf diese Frage, der Arbeiten von *Dieulafoy*, *Rasmussen*, *Tutschek* und namentlich auch der mit reichem Material aus der Basler Klinik belegten Monographie von Dr. *Oeri*. Es schien fast, als ob die Schnittoperation durch die Aspiration ganz verdrängt würde. Doch die schliesslichen Resultate entsprachen nicht den Erwartungen, so dass man froh war, wieder zu der unterdessen durch die antiseptische Technik auch bedeutend besser ausgebildeten Incision zurückgreifen zu können. Namentlich durch die Arbeiten von *König* und *Starcke* sind jetzt bestimmte Normen für die Schnittoperation aufgestellt. Auch *Huguenin* hat auf Grund seiner Erfahrungen im Ganzen mit ihnen übereinstimmende Grundsätze gegeben und in compendiöser Weise zusammengefasst im schweiz. Medicinalkalender 1880, II. Theil. Die verschiedenen Autoren sind in der Hauptsache ziemlich einig, doch dürfte es am Platze sein, einige Puncte, namentlich mit Rücksicht auf noch streitige Nebenfragen, zur Sprache zu bringen:

Wann soll man operiren? Sobald das Empyem als solches nachgewiesen ist, muss man dasselbe wie jeden Abscess behandeln, d. h. breit incidiren (event. desinficiren) und drainiren. Eine Ausnahme ist nur gestattet bei Phthisikern (wo die Aspiration zur Erfüllung der symptomatischen Indication am Platze ist) und vielleicht bei ganz frischen Empyemen bei Kindern. Wie soll man aber entscheiden, ob das Exsudat eitrig ist? Die Symptome sind alle unzuverlässig (so lange nicht Perforation eingetreten ist) und als einzig sicheres Mittel bleibt nur die Probepunction. Man ist dabei aber noch Täuschungen ausgesetzt: 1) Man punctirt hoch und kommt in den serösen Theil des Exsudates, das sich in Schichten abgesetzt hat. Hätte man zwei Intercostalräume tiefer punctirt, so bekäme man dicken Eiter. 2) Man punctirt tief und nun fliesst gar nichts, weil Schwarten oder Fibringerinnsel das Lumen verstopfen. Um beides zu vermeiden, räth *M.*, die Probe-

punction nicht mit der *Pravaz*'schen Spritze, sondern mit einem ziemlich dicken Probetroicart, am einfachsten mit dem *Fräntzel*'schen in Verbindung mit dem Aspirationsapparat zu machen, und zwar tief an der Rückseite des Thorax.

Wo soll man incidiren? Die kleinen abgesackten Exsudate sind hier von vorneherein von der Besprechung auszuschliessen, da sich bei ihnen in jedem Fall die Incisionsstelle selbst bestimmt. Für die typischen Fälle gilt als Regel, dass man so tief als möglich incidirt, aber nicht an der tiefsten Stelle. Weil nämlich normal die Zwerchfellwölbung an der 5. oder 4. Rippe steht, und nach der Entleerung das Zwerchfell nach und nach bis hier heraufrückt, so wird, wenn man die Incision zu tief macht, das Drainrohr durch das Zwerchfell leicht verlegt oder geknickt, und deshalb thut man gut, in der Regel im 4. oder 5., selten im 6. Intercostalraum einzuschneiden.

In der Frage, ob man vorne, seitlich oder hinten operiren soll, plaidirt *M.* entschieden für den lateralen Schnitt und zwar aus folgenden Gründen:

1) Für den Abfluss des Secretes liegt die seitliche Oeffnung ebenso günstig als die hintere, da die Pat. oft lieber gerade die Lage auf der kranken Seite, als die Rückenlage, einnehmen, damit die Lunge der gesunden Seite sich freier ausdehnen kann. Zudem gestaltet sich Verbandwechsel und eventuell Ausspülen am einfachsten, wenn Pat. mit der Seitenfläche des Thorax am Bettrand liegt.

2) Wenn der Pat. stark Dyspnœ hat, so ist es ihm bisweilen geradezu nicht möglich, sich auf die gesunde Seite zu legen, was doch zur Rückenincision nöthig ist.

3) Der angulus infer. scap. und dessen Bewegung in der Nähe der Wunde ist dem Pat. oft schmerzhaft und für die Wunde und die Drainage unangenehm.

4) Am Rücken hat man eine viel dickere Muskelschicht zu durchdringen, als an der Seite.

Wie soll man die Operation ausführen? Selbstverständlich unter Beobachtung der Regeln der Antiseptik mit schichtweisem Vordringen näher an der untern Rippe zur Vermeidung der Blutung. Man soll breit incidiren, damit alle Fetzen und Schwarten heraus kommen und soll so lange offen halten, als die Secretion andauert. Die Narcose ist, namentlich bei Kindern, für die kurz dauernde Operation, nicht durchaus nöthig, oft sogar erschwerend für den gleichmässigen Abfluss der Flüssigkeit. Es ist nämlich wichtig, dass man den Eiter langsam abfliessen lasse, einmal um das plötzliche Zerreissen von gefässhaltigen Adhäsionen zu vermeiden, dann auch damit das Herz nicht so schnell dislocirt und vom Druck entlastet werde. Es liegen ja doch Fälle vor, wo sich dabei wandständige Gerinnsel im Herzen abgelöst haben und plötzlicher Tod durch Embolie eintrat. — Es ist nicht vortheilhaft, bei der Operation den Arm in die Höhe zu heben, weil dabei sich die Haut stark verschiebt und die Wunde nachher leicht verlegt wird. *Küster*'s Doppel-Incision ist nur ausnahmsweise indicirt, nämlich 1) im Falle eines intensiv jauchigen Exsudates, wo es wünschbar erscheinen kann, für das gründliche Ausspülen eine Gegenöffnung zu haben und 2) wenn eine spontan eingetretene Perforationsöffnung für den Abfluss des Secretes ungünstig gelegen ist.

Ist mit der Incision die Rippenresection zu verbinden? Bei



der Erörterung dieser Frage sieht *M.* ganz ab von der secundären Rippenresection, die nothwendig werden kann bei Verengerung des Intercostalraumes, und der Methode *Estlander*, die Dr. *Homén* unter dem Namen Thoracoplastik im Arch. f. klin. Chir. XXVI. 1 beschreibt. Bei alten Empyemfisteln befördert *Estlander* zum Zweck definitiver Heilung das Einsinken des Thorax durch ausgedehnte Resectionen, die sich unter Umständen von der 2. bis 9. Rippe und zwar in einer Breite von 2–5 cm. erstrecken. Von seinen 8 so operirten Fällen starben 2. In die Besprechung dieser secundären Resectionen will *M.* jetzt nicht eintreten, sondern frägt nur, ob es nöthig sei, mit der Göttinger Klinik (*Mügge*, Berl. klin. W. 1881, Nr. 11) die Incision mit Rippenresection als Normalverfahren aufzustellen. Als Vortheile werden gerühmt: das Vorhandensein einer weiten Oeffnung, die das Ausräumen von Schwarten und Fetzen sehr erleichtert; die Möglichkeit, ein fingerdickes Drainrohr einzulegen und dasselbe leicht zu wechseln; ferner der Umstand, dass dadurch die Verengerung der Oeffnung beim Athmen und nachher durch Zusammenrücken der Rippen bei der Heilung verhindert wird. Nachtheile sollen keine bestehen und es finde zum grössten Theil Neubildung des subperiostal excidirten Stückes statt (in einem Fall durch Obduction nach 2 Jahren nachgewiesen). *M.* hält die Rippenresection für unnöthig, da eine breite Incision von 4—6 cm. bei der (namentlich bei Kindern grossen) Verschiebbarkeit der Rippen ausreicht, um nöthigenfalls durch Einführen des Fingers Fetzen auszuräumen. Für die Nachbehandlung genügt es bei Kindern, 2 Stücke eines starren englischen Catheters einzuführen, bei Erwachsenen legt man zwei kurze Hartgummiröhrchen oder eine Silbercanüle von ovalem Lumen, die 2 weiche Drains aufnehmen kann (*Huguenin*), ein, und es gelingt dadurch leicht, das Zusammensinken des Intercostalraumes so lange aufzuhalten, als es der Verlauf nöthig macht. Dass bei der Rippenresection die Narcose absolut nöthig (bei einfacher Incision in der Regel nicht), dass hie und da Necrose an den Rippenenden eintritt, dass der Defect nicht sicher verheilt und wohl doch meist eine schwache Stelle zurückbleibt, sind Gründe, die allerdings nicht schwer in's Gewicht fallen, aber doch jedenfalls nicht zu Gunsten der Resection sprechen.

Was die Nachbehandlung anbetrifft, so geschieht da immer noch mancherorts des Guten zu viel. Zahlreiche Fälle sind ganz ohne Ausspülung geheilt; in der Regel genügt eine einmalige Ausspülung. Durch häufiges Irrigiren wird immer ein Reiz gesetzt, frische Verklebungen werden geschädigt und dadurch die Reconvalescenz verzögert. Nur wenn das Exsudat zersetzt ist, muss das Ausspülen so oft wiederholt werden, als noch Putrescenz vorhanden ist. Wie die Operation, so hat selbstverständlich auch die Nachbehandlung nach den Vorschriften der Antiseptik zu geschehen.

Welche von den desinficirenden Flüssigkeiten, ob Carbol, gekochtes Wasser, Thymol, Salicyl (1 : 1000—1 : 500), Resorcin, Kochsalz, Tinct. Jodi, Liq. Kal. hypermanganic. u. s. f. zum Ausspülen gebraucht wird, hält *M.* nicht für wesentlich. Carbol ist jedenfalls nur mit Vorsicht und in schwachen Lösungen anzuwenden (mehrere Todesfälle vorgekommen), Thymol ist in seiner desinficirenden Wirkung unsicher, dagegen steht Chlorzink (*König* 1 : 30—1 : 15) als Desinficiens mindestens

in gleicher Linie neben Carbol, verursacht aber etwas brennende Schmerzen. *Starcke* empfiehlt sehr eine Borsäurekochsalzlösung von 10%. — Am meisten verwendete *M.* eine lauwarme Salicyllösung von obiger Concentration und hat Grund, damit zufrieden zu sein.

Als Normalfall demonstrirt *M.* einen Knaben von 6 Jahren, Gustav St., dem am 20. März 1880 1100 und am 24. März 580 ccm. Eiter durch Aspiration, dann aber am 3. April 420 ccm. durch Incision entleert worden waren. Salicylausspritzung. Drains am 1. Mai gänzlich entfernt, worauf am 8. Mai die Wunde vollständig geschlossen war. Seither hat der Knabe an Körpergewicht rasch zugenommen und war immer gesund. Heute (9. April 1881) lassen sich physicalisch durchaus keinerlei Differenzen mehr nachweisen. Die Cyrtometercurve ergibt nur eine ganz leichte Abflachung der betreffenden Vorderseite des Thorax, die bei der Inspection kaum sichtbar ist.

Als aussergewöhnliche, hieher gehörige Vorkommnisse berichtet *M.* über eine Peripleuritis und ein Empyem mit Lungengangrän (Ausstossung des abgestorbenen Lungenstückes), die beide in Heilung ausgegangen sind.

Ueber Peripleuritis besitzen wir werthvolle Mittheilungen von *Le Plat*, *Billroth* und *Bartels*. Ersterer stellte die Casuistik zusammen und hat nur 30 Fälle in der Literatur finden können.

Am 10. Juli 1880 kam ein Mädchen von 8 Jahren, das bisher von einem befreundeten Collegen behandelt worden war, in Behandlung von *M.* — Dasselbe hatte etwa Mitte April während des Spielens bei einer raschen Bewegung einen leichten Schmerz im Rücken auf der rechten Seite verspürt, aus dem man sich damals gar nichts machte. Sie war nie bettlägerig, bis Mitte Mai der Arzt einen der Perforation nahen Abscess am Rücken etwa 2 Querfingerbreit nach rechts von der Mittellinie eröffnete. Bei der Incision kam er mit dem Finger im 10. Intercostalraum zwischen den Rippen durch in eine kleine Höhle in der Richtung gegen die Wirbelsäule hin und nach oben, ohne auf rauhen Knochen zu stossen. Drainage. Drei Wochen nachher stellte sich plötzlich hohes Fieber ein mit reichlicher dünneitriger Secretion. Die Pleura war perforirt und eine eitrige Pleuritis hatte sich dazu gesellt. Am 10. Juli fand *M.* in einer Consultation mit Dr. *Ernst* ein rechtseitiges Pleuraexsudat, vorn und seitlich in der Höhe von 2 Querfingerbreite, hinten eine circumscripte Dämpfung entsprechend der oben erwähnten kleinen Höhle. Daneben ein Milztumor von ganz aussergewöhnlichen Dimensionen. Im Uebrigen war das Mädchen anämisch, sehr abgemagert, appetitlos und hatte regelmässige, bisweilen starke abendliche Temperatursteigerungen. In Narcose wurde die frühere Incision erweitert, der Finger kam in die erwähnte kleine Höhle, auch jetzt, ohne für den Abscess einen bestimmten ursächlichen Anhaltspunct gewinnen zu können (an der Wirbelsäule war weder damals noch seither irgend etwas Abnormes nachzuweisen) und fand eine feine Perforationsöffnung in der von den Rippen blasenförmig abgehobenen und bedeutend verdickten Pleura costalis. Nachdem dieselbe stumpf nach beiden Seiten erweitert worden, gelangte er in die Pleurahöhle, fühlte nach oben den Lungenrand, nach unten das Zwerchfell. Es entleerte sich eine geringe Quantität dünnen flockigen Eiters. Salicylausspülung.

Nun rasche Reconvalescenz mit schneller Zunahme des Körpergewichts und rapider Abnahme des Milztumors. Ende August war keine Dämpfung mehr nachzuweisen, überall Vesiculärathmen; die Fistel war eingezogen und secernirte in 24 Stunden nur einige Tropfen, so dass ein Verband kaum mehr nöthig war. Milzdämpfung normal.[1])

Den Fall von Empyem mit Lungengangrän (Ausgang in Heilung) beobachtete *M.* gemeinschaftlich mit Dr. *Fr. Billeter* an einem Mädchen, Anna S., von 2 Jahren. Sie erkrankte am 15. Januar 1881 an rechtseitiger Pneumonie, der sich nach einigen Tagen ein Exsudat beigesellte. Dr. *Billeter* hatte schon längst zu einem operativen Eingriff gerathen, die Eltern konnten sich aber dazu nicht verstehen, und so erfolgte denn nach 3 Wochen eine Perforation durch die Lunge. Nun bildete sich ein Pyopneumothorax von putridem Charakter, das Mädchen magerte rasch ab und kam ganz von Kräften. Endlich willigten die Eltern in eine Punction und *M.* entleerte am 25. Februar durch Aspiration mit *Dieulafoy* 300 ccm. fötiden Eiters. Als aber darauf sich keine wesentliche Besserung einstellte und namentlich der Fötor immer derselbe war, gelang es, die Eltern zur Incision zu bewegen. Dieselbe wurde am 24. März ohne Narcose ausgeführt und entleerte sich dabei neben vielen schwartigen Fetzen ein lederartiges Stück von ca. 4 cm. Länge und 3 cm. Breite, das sich als Lungengewebe erwies. Eine Ausspülung wurde wegen der weit offenen Lungenfistel nicht vorgenommen. Trotzdem nahm nach Entfernung des Lungenstücks der Fötor sehr rasch ab und war in ca. 14 Tagen ganz verschwunden. Die Drains wurden nach 3 Wochen entfernt, worauf sich die Fistel in einigen Tagen schloss. Die Kleine hat sich dann schnell erholt und natürlich eine sichtbare, indess nicht hochgradige Abflachung des rechten Thorax davongetragen. [2])

II. *M.* demonstrirt noch die Präparate von 2 Fällen von Hygroma praepatellare. Beides waren alte Fälle, und hatte *M.* bei beiden die üblichen Verfahren der forcirten Compression, der Punction mit Injection von Tinct. Jodi, im zweiten Fall von Carbolglycerin durchprobirt, aber ohne bleibenden Erfolg. Er machte dann die Totalexstirpation des schwartigen Balges, im ersten Fall einseitig mit prima intentio, im zweiten beiderseits in einer Sitzung, am 12. September 1880. Rechts war am 20. September die Heilung und Vernarbung vollendet, ganz ohne Schwellung des Gelenks; l. war man aber bei der Exstirpation am obern Patellarrand dem recess. superior etwas zu nahe gekommen, es bildete sich eine leichte Synovitis. Immerhin war auch hier in 14 Tagen die Heilung vollendet und konnte Pat. in der dritten Woche wieder herumgehen. — Die Bälge zeigen sehr dicke, starre Wandungen mit zahlreichen und balkenartigen fibrösen Strängen, die theils der Innenwand anliegen, theils die Höhle in den verschiedensten Richtungen überspannen und durchsetzen.

[1]) Am 19. September 1881 hatte ich Gelegenheit, Pat. wieder zu sehen. Die minimale Secretion der Fistel hatte den ganzen Winter 1880/81 noch fortgedauert. Anfang Mai, nach etwas brüskem Einführen eines Jodoform-Stäbchens, schloss sich die Fistel in 2 Tagen und blieb seither definitiv geschlossen. Aussehen vortrefflich, Körpergewicht noch bedeutend zugenommen. Keinerlei Dämpfung mehr. *Muralt.*

[2]) Leider ist die Kleine am 30. September 1881 nach einer ausgedehnten Quetschung sämmtlicher Zehen an Tetanus gestorben. Obduction nicht gestattet. *Muralt.*



Discussion: Herr *Bleuler* hat kürzlich ein Empyem operirt mit Rippenresection, glaubt, dass durch die Resection die Wunde doch leichter auch mit weichem Drain offen gehalten werden kann. Frägt nach dem von *v. Murall* angewandten Verbande.

Herr *W. v. Muralt* wendet den typischen trockenen *Lister*-Verband an mit Schutz der Canüle durch einen Wall von Salicylwatte.

III. Kurze Discussion über das *Ernst*'sche Bauproject an der Rämistrasse.

IV. Herr *Nauwerck* demonstrirt ein Cor villosum und eine necrotische Nabelhernie.

Egli-Sinclair.

Referate und Kritiken.

1. Zur Dehnung grosser Nervenstämme bei Tabes dorsalis. [1])

Von Dr. *Alb. Erlenmeyer*. Separatabdruck aus dem Centralblatt für Nervenheilkunde etc. Nr. 21, 1880. 12 S.

2. Ueber Enterotomie, Gastrotomie und Leberdrainage.

Von Prof. Dr. *J. N. v. Nussbaum*. München, J. A. Finsterlin, 1880. 22 S.

Die Segnungen der *Lister*'schen Wundbehandlung folgen Schlag auf Schlag, das beweisen die beiden Kundgebungen.

Ad 1. *Langenbuch* (1879) und nachher *Esmarch* waren die ersten, die zur Beseitigung der quälenden, blitzartigen Schmerzen bei Tabes dorsalis die Dehnung der beiden Nervi ischiadici vornahmen; die Operationen wurden mit solchem Erfolge gekrönt, dass Zweifel entstehen können, ob man es mit wirklicher Tabes, d. h. mit Erkrankung der Hinterstränge zu thun gehabt habe, oder nur ein in seinen Symptomen der Tabes sehr ähnlicher Process vorgelegen habe. Die Entscheidung dieser Frage harrt ihrer Lösung, indem *Langenbuch*'s Patient gestorben und das Rückenmark *Westphal* zur Untersuchung übergeben worden ist.

Erlenmeyer wählte zu beidseitiger Ischiadicusdehnung einen 39jährigen Tabetiker; der schon 9 Jahre krank die terminalen Symptome darbot. Zuerst wurde der rechtseitige, 10 Tage später der linkseitige Ischiadicus gedehnt. Der Hautschnitt bei antiseptischen Cautelen in der Längsaxe des Beines zwischen Trochanter und Tuber Ischii, das Auseinanderdrängen der Muskelfasern mit den Fingern geschehen fast ohne Blutung. Der aus der Scheide genommene Nerv wurde auf dem Finger etwas gehoben und durch eine vollständige Drehung des Fingers eine halbe 8 gebildet und so einige Minuten liegen gelassen. Die erste Wunde heilte per primam, zur zweiten gesellte sich Erysipel, das auch die erste Wunde theilweise wieder zum Aufbruch brachte; vollständige Wundheilung erst nach $1^1/_2$ Monaten. Die Operation erfüllte nicht die gehofften Erwartungen: ausser etwas vermehrter Stoss- oder Stemmkraft der Beine beim Sitzen und der Fähigkeit, an eine Wand gestellt aufrecht stehen zu bleiben, hatte sich der Zustand des Patienten nicht verbessert. Den Grund des Misserfolges sucht Verfasser weniger in dem nicht gelungenen aseptischen Verlauf als in der zu geringen Dehnung der Nerven. Ob nicht die 3 wöchentlichen hohen Temperaturen mitwirkten? (Ref.)

Wie stark aber die Dehnung eines lebenden, kranken Nerven sein dürfe, das kann nicht durch Leichenexperimente festgestellt werden. Bei allen Nervendehnungen sollten breite Bänder unter die Nerven geschoben und diese mit Gewichten belastet werden: das Gewicht und die Dauer seiner Einwirkung sollten mit den erzielten Erfolgen veröffentlicht und auf diese Weise eine Norm geschaffen werden. Wenn man aber die Dehnung durch Schlingenbildung vorzieht, sollte man die Länge der Schlinge resp. den Umfang des aufwickelnden Gegenstandes (Finger) und Dauer dieser Einwirkung mit den erzielten Resultaten kennen lernen.

Trotz der Nähe des Anus am Operationsfeld und trotz Incontinentia urinæ sollte vollständige Aseptik erzwungen werden können, wie z. B. *Volkmann* (kl. Vortr. 131) bei

---

[1]) Wegen Stoffandrang sehr verspätet zum Abdruck gekommen.



Exstirp. recti und *Billroth* (Wien. W.-Schr.) bei Uterusexstirpation per vag. ausserordentliche Erfolge verzeichnet haben. (Ref.)

Ad 2. An Miserere und Ileus Erkrankte starben bisher die meisten, der Enterotomie bei solchen Kranken folgt meistens Genesung. Sobald die gewöhnlichen Mittel die Darmocclusion nicht heben, schreitet man zur Enterotomie. In der rechten oder linken Inguinalgrube wird das Peritoneum mit einem 4—5 cm. langen Querschnitt geöffnet, die Wundränder des Peritoneums werden mit den Rändern der Hautwunde vernäht, dann wird ein ausgedehntes Darmstück herausgezogen, an die äussere Haut befestigt und ein so kleiner Einstich in die Darmwand gemacht, dass ein dicker Catheter eingeschoben werden kann. Durch diesen entweichen Gase, Flüssigkeiten und durch Eingiessen von Wasser werden festere Darmcontenta erweicht und entleeren sich durch den Catheter, kurz die Folgen der Darmocclusion schwinden, die Ernährung des Patienten ist wieder möglich. Nach Tagen oder Wochen kann die Ursache der Darmocclusion sich heben und sobald der Darm durchgängig ist, heilt die Darmfistel von selbst oder erfordert eine kleine Operation. Bleibt die Ursache der Darmocclusion (z. B. Carcinoma), so kann die Darmwunde leicht zum künstlichen After erweitert werden. Weitere Indicationen für Enterotomie sind Entfernung von verschluckten, gefahrbringenden Gegenständen aus dem Darme und Darmblasenfistel.

Die Gastrotomie ist indicirt bei verschluckten grössern Gegenständen (Gabeln etc.), namentlich aber bei Oesophagusstricturen; durch Anlegung einer künstlichen Magenfistel ist Möglichkeit gegeben, dass Patient sich selbst ernähren kann: er kaut die Speisen und befördert dieselben statt durch den Oesophagus durch eine Röhre extra corpus in den Magen. —

Die Leberdrainage applicirte *v. Nussbaum* bei einem Lebertumor unbestimmten Charakters, den er statt eines Pyloruskrebses fand. Durch Liegenlassen eines kleinfingerdicken, 7 cm. langen Drainrohrs in dem gespaltenen Tumor verschwanden dieser und seine begleitenden colossalen Schmerzen fast ganz. *S.*

Blutkörperzählungen und Hämoglobinbestimmungen bei Pellagra.

Von *G. Seppilli.* [1])

Der Verfasser hat bei 55 an Pellagra erkrankten Irren, 30 Weiber, 25 Männer, die Zahl der Blutkörper mittelst des Apparates von *Hayem* und *Nachet* die Menge des Hämoglobins mit dem Chromometer von *Bizzozero* bestimmt und fand in:

14	Fällen	1,200,000—3,800,000	rothe Blutkörper	in 1	cmm.
27	„	3,800,000—4,450,000	„ „	„ 1	„
14	„	4,500,000—5,300,000	„ „	„ 1	„

(Durchschnittsanzahl bei Gesunden ca. 5,000,000 Mann, 4,500,000 Weib.)

Im Allgemeinen war die Abnahme der Blutkörper bei Weibern beträchtlicher als bei Männern, indem die höchste bei erstern gefundene Anzahl 4,350,000 beträgt, also unter der Durchschnittsanzahl für Gesunde steht.

Die weissen Blutkörper waren im Allgemeinen weder vermehrt noch vermindert.

Der Hämoglobingehalt war in weitaus der Mehrzahl der Fälle unter der Norm; wenn nämlich mit 100 der Hämoglobingehalt beim Gesunden ausgedrückt wird, so zeigten von den 55 Patienten 50 einen geringeren Gehalt als 95 und zwar in folgender Vertheilung:

13	Individuen	zwischen	95	und	80
15	„	„	80	„	65
18	„	„	65	„	50
4	„	„	50	„	30

Hämoglobin und Blutkörper hatten nicht immer in demselben Maasse abgenommen; oft ergab sich ein geringerer Hämoglobingehalt als nach der Anzahl der Blutkörper zu erwarten gewesen wäre (Oligochromämie oder abnorme Kleinheit des einzelnen Blutkörpers *Z.*); in diesen Fällen will der Verfasser oft sehr blasse, kleine und runzlige Blutkörper gesehen haben.

Da diese veränderte Zusammensetzung des Blutes sich am meisten bemerkbar macht

---

[1]) Ricerche sul sangue dei Pellagrosi *(G. Sepilli),* Italia Medica No. 35. Genova, 15. Settembre 1881.



bei Individuen, die schon längere Zeit an Pellagra erkrankt sind, fast gar nicht bei frischen, aber doch qua Diagnose sichern Fällen, so ist dieselbe mit Wahrscheinlichkeit als Secundäraffection aufzufassen.

Ueber den Ursprung und das Wesen der Krankheit gibt diese Arbeit keine neuen Anhaltspuncte. Dr. *Zäslein*, Genua.

Die Normalkleidung als Gesundheitsschutz.

Gesammelte Aufsätze aus dem „Neuen Deutschen Familienblatt", Jahrgang 1872—1880. Von Prof. Dr. *Gustav Jäger*.

Der Titel des Buches „Die Normalkleidung" sollte dem Leser, zu gegenseitigem Gewinn, durch Kürzen und Streichen directer angepasst werden; doch lesen sich die familiären Aufsätze, bis Seite 61, oft mit wirklichem Interesse, bisweilen mit Lächeln über des Verfassers Gemüthlichkeit, selten mit Widerspruch.

Der Werth der Körperbewegung für die Gesundheit im 3. Capitel kann besonders in unsern Tagen nicht genug empfohlen werden; Fettleibigkeit, geringere Blutmenge nach Qualität und Quantität, verminderte Athembewegung durch Raumbeengung, Zunahme des Wassergehaltes und dadurch verminderte Schnelligkeit der Nervenleitung — durch *Jäger*'s primitive Versuche vermittelst Uhrwerk oder Electricität allerdings noch nicht bewiesen — führt der Verfasser als Hauptnachtheile mangelnder Bewegung an und hebt durch Versuche an Recruten und Ausgedienten die treffliche Wirkung der Bewegung auf Vermehrung der Lungencapacität und des specifischen Körpergewichtes hervor.

Zur Hebung der Hautthätigkeit werden in den folgenden Abschnitten Bäder, Ventilation, Flanellhemden, Wolldecken empfohlen; dagegen hätte die Empfehlung der Umschläge mit aromatischer Kräuteressenz der Frau Elise Reglin unterbleiben können.

Das Capitel über Bodenluft, Fäulnisserreger, Ansteckungsfähigkeit gipfelt in des Verfassers Auffassung: dass vermehrter Wassergehalt des Blutes die Ansteckungsfähigkeit steigere, die Pilzaufnahme begünstige; dass Masern, Scharlach und Halsbräune Verweichlichungskrankheiten seien. In gleichem Sinne bewirbt sich Prof. *Jäger* um den Cholerapreis der Académie de médecine, indem er als Heilmittel die Entwässerung der Bevölkerung durch Schwitzbäder anräth. Bei Seuchengefahr empfiehlt er sogar heisse, starke Getränke, Kaffee und Schnaps etc. und schweisstreibende Gewürze, mit deren Hülfe man Alles ungestraft essen dürfe.

Mit wahrem Bedauern bemerken wir von Seite 61 an, dass Prof. *Jäger* die menschliche Seele durch den Geruch entdeckt und darob seinen Geist nebst unserer geistigen Sympathie verliert. Hatte er keinen Freund im eigenen Gehirn oder auswärts, der ihm die Veröffentlichung dieses Hirngespinnstes hätte abrathen können?

Nach *Jäger* ist die Seele (Trieb, Instinct, Gefühl, Gemüth, Leidenschaft, Affect) ein riechbarer, durch Eiweisszersetzung hervorgebrachter Stoff, der auf den eigenen und andere Körper nach zwei Richtungen wirkt, als Luststoff, der wohlriechend sei, und Unluststoff, auch Angststoff, der übel rieche, werde kein Eiweiss zersetzt, so habe die Seele Ruhe. Je weniger übelriechende Dunststoffe in der Säftemasse enthalten seien, um so widerstandsfähiger gegen Seuchen sei der Körper; deshalb stete Unterhaltung einer möglichst flotten Ausdünstung, hauptsächlich durch eine passende Veränderung der Bekleidung mittelst Schafwolle, mit Ausschluss aller und jeder Leinwand etc. Wollhemd, Wollsocken, Wollhosen, Wollrock — keine Unterhose, Weste noch Ueberrock — diese „Jägeruniform" bewirke Entwässerung, Desodorisation und Seelenluststoffe, Abhärtung, bessere Verdauung etc.

Gewiss lässt sich Vieles zu Gunsten einer wollenen Bekleidung anführen, aber nur durch genaue Beobachtung, nicht durch Einbildung.

Dem Verfasser durch die folgenden Aufsätze, welche alle mehr oder weniger auf die Wollkleidung Bezug, aber sonst ganz keinen Zusammenhang haben und von den verschiedenartigsten Dingen handeln, ferner zu folgen, würde zu weit abseits und doch nirgends hin führen.

Die „Jägeruniform" hat sich in Deutschland zu einer blühenden Industrie aufgeschwungen; die Anerkennung, welche Prof. *Jäger* nach dieser mehr mercantilen Seite hin gefunden hat, möge seine Seele trösten über die vielen Bitterkeiten, welche seine excen-

trischen, vielfach zu wenig ernsthaften Behauptungen ihm eingetragen haben, seit Baden-Baden bis auf den heutigen Tag.

Gewiss bedauert der wissenschaftlich Gebildete am allermeisten, dass Prof. *Jäger* die nüchterne Bahn wissenschaftlicher Forschung — Versuche über specifisches Körpergewicht, Messung der Nervenleitung — verlassen hat. *Th. Sch.*

Jahresbericht über die Fortschritte der Anatomie und Physiologie.

Herausgegeben von Prof. *Fr. Hofmann* und Prof. *G. Schwalbe.* Literatur von 1880. Verlag von F. C. W. Vogel, 1881.

In den vorliegenden 2 Bänden (von 444 und 504 Seiten) werden sämmtliche grössere und kleinere Abhandlungen aus dem Gebiete der Anatomie, Anthropologie, Entwicklungsgeschichte und Physiologie, die im Jahre 1880 veröffentlicht worden sind, nach Verfasser, Thema, Umfang und Publicationsort aufgeführt und die wichtigeren unter ihnen mehr oder weniger ausführlich besprochen. Die Namen der Referenten — *A. Ewald*, *K. Bardeleben*, *Schwalbe*, *Aeby*, *Kollmann*, *Hermann*, *Küster*, *Drechsel* etc. etc. — sind die beste Bürgschaft für die Genauigkeit und Zweckmässigkeit der Excerpte, so dass man sich jede weitere Empfehlung ersparen kann. Ein sorgfältiges Autorenregister ermöglicht das schnellste Nachschlagen. Die Ausstattung ist sehr schön. *A. E. B.*

Cantonale Correspondenzen.

Bern. Wieder ein neuer Verein! Aber wenn je einer, so hat der am 25. April abhin in Olten neu constituirte **„schweizerische Centralverein vom rothen Kreuz"** volle Berechtigung der Existenz und gegründete Hoffnung zu gutem Gedeihen. Der allseitige, lebhafte Beifall bereits vor der Geburt des Jungen beweist es auf's deutlichste und es darf derselbe ganz besonders auch in unsern ärztlichen Kreisen mit Freuden begrüsst und ihm eine zahlreiche Gevatterschaft entgegen gebracht werden.

Die internationale Genfer Convention vom rothen Kreuz, die vor bald 2 Decennien in's Leben trat, ist durch und durch schweizerischen Ursprungs, hat aber hier zu Lande noch am wenigsten Fleisch und Blut gewonnen. Fast alle Länder der Erde sind derselben beigetreten, sind aber nicht dabei stehen geblieben, sondern es haben sich in den meisten derselben Vereinigungen gebildet, die sich die Aufgabe stellten, in pace das parare bellum zu betreiben. Besonders bekannt sind die Anstrengungen und Leistungen des deutschen Vereins vom rothen Kreuz und welche Früchte derselbe, der im Jahr 1869 in's Leben gerufen wurde, anno 1870 und 1871 zeitigte, ist noch in guter Erinnerung. Die Schweiz fast allein ist bis jetzt hier zurückgeblieben und scheint mit der ersten Anregung und Gründung sich erschöpft zu haben. Wenn auch die Aeufnung der Winkelriedstiftung, die Entstehung des Hülfsvereins zur Unterstützung von aufgebotenen und verwundeten Wehrmännern, als vereinzelte Anstrengungen angesehen werden müssen, so ist doch eine organische Vereinigung der Bestrebungen nicht vorhanden gewesen. Unserer militärischen Sanitätsmannschaft gebührt das Verdienst, hier einen ersten ernstlichen Anstoss gegeben zu haben. Diese gründete vor ungefähr einem Jahr einen schweiz. milit. Sanitätsverein und leistete hier nebenbei den Beweis für die Vorzüglichkeit unserer neuen Militärsanitätseinrichtungen und die mächtig anregende bezügliche Instruction. Dieser Verein entfaltet unter der Aegide des Herrn Wachtmeister Ernst Möckli in Bern eine ganz energische Thätigkeit und der edle Philanthrop Pfr. Kempin in Zürich unterstützt durch Wort und Schrift dessen Bestrebungen. Von hier aus kam der Anstoss zur Gründung des neuen Vereins. Dem warmen Aufruf wurde fast allseitige Zustimmung zu Theil. Die constituirende Versammlung in Olten hatte daher keine Bedenken mehr zu überwinden, sondern nur sich die Ziele recht klar zu machen, was hauptsächlich durch den gehaltvollen Vortrag des Herrn Pfr. Kempin geschehen ist. Der neue Verein stellt sich die Aufgabe: „die Krankenpflege in Krieg und Frieden zu heben und nach seinem Vermögen weiter auszubilden; dieselbe in's Besondere nach folgenden Richtungen zu organisiren:

a) Erste Hülfeleistung bei Unglücksfällen.
b) Veranstaltung von Lehrcursen für Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen.
c) Organisation von Bezirks- und Gemeinde-Krankenstationen.

d) Beschaffung event. Controle über bereits vorhandenes Krankenmobiliar.

e) Einrichtung und Instruction von Trägercolonnen für Verwundete und Kranke.

f) Statistische Erhebungen über geeignete Lazareth-Localitäten.

g) Stiftung event. Aeufnung eines eidg. Invalidenfonds.

Der Verein soll gleichsam ein Verband sein aller gemeinnützigen vaterländischen Vereine und einzelner Personen. Nach § 2 der Statuten wird er gebildet:

a) von denjenigen philanthropischen und patriotischen Vereinen, welche schriftlich ihren Beitritt erklären und einen Minimal-Jahresbeitrag von Fr. 5 leisten;

b) von Jedermann, der einen Jahresbeitrag von Fr. 2 zeichnet.

Die Stellung des Vereins soll keine dominirende, sondern eine ergänzende sein. Er sucht sich an die bereits bestehenden ähnlichen Vereine anzulehnen und sich mit denselben organisch zu verbinden.

Die Zustimmung von Seiten des Hülfsvereins für aufgebotene und verwundete Wehrmänner wurde bereits auch lebhaft durch den Herrn Oberfeldarzt Namens des Präsidenten, Herrn Bundesrath Schenk, diejenige von Seite des schweiz. militärischen Sanitätsvereins durch seinen Präsidenten, Herrn Wachtmeister Möckli, ausgesprochen.

Wenn leider noch immer die Nothwendigkeit besteht, dass man sich in Kriegsbereitschaft halte und hiefür in unserm Vaterland die grössten Opfer gebracht werden, so soll auch bei uns nicht länger die Thätigkeit fehlen, die dahin zielt, sich in Bereitschaft zu halten, die geschlagenen Wunden wieder zu heilen.

So möge dieser Benjamin unter den zahlreichen Brüdern recht gedeihen und wachsen! In den übrigen Ländern steht derselbe unter der höchsten Protection von Kaisern und Königen, von Kaiserinnen und Fürstinnen, Feldmarschällen und Generälen etc. etc., den unsrigen stellt der Gründer des Vereins, Herr Pfr. Kempin, unter einen viel höhern Schutz, unter den des Genius unseres gesammten Volkes.

Der gewählte Ausschuss besteht aus den Herren Prof. *Dunant*, Genf, Oberst Dr. *Göldlin*, Flüelen, Dr. *Guillaume*, Neuchâtel, Wachtmeister *Kiefer*, Zürich, Dr. *Kummer*, Aarwangen, Pfr. *Wernli*, Aarau, Pfr. *Kempin*, Zürich. *Kummer*.

Bern. Aus den Waadtländer Alpen. (Fortsetzung.)

Les Plans bildet, wie der Name es ausdrückt, einen ebenen Thalboden von 15 bis 20 Minuten Länge und bis $^1/_2$ Viertelstunde Breite. Es liegt fast ganz auf dem nördlichen Ufer des Avançon des Plans, der hier nur ein seichtes Bett und verhältnissmässig geringes Gefäll hat, während er sich gleich unterhalb eine tiefe Schlucht gegraben hat und auch oberhalb durch eine solche, freilich weniger tiefe, rasch dahinbraust. Das Thal verläuft von O. nach W., wo es durch den aussichtsreichen Hügelzug von Torneresses abgeschlossen wird, auf dem Bundesrath Ruchonnet ein hübsches Chalet besitzt. Ein Pavillon in der Nähe desselben bietet wohl die schönste Ansicht des Thales mit seinem grossartigen Hintergrunde.

Man erreicht Les Plans von Bex aus in $2^1/_2$ Stunden auf schöner, meist schattiger Strasse. [1]) Es führt dieselbe übrigens noch eine halbe Stunde weiter am Avançon hinauf bis zum Pont de Nant, [2]) wo das Thal sich theilt. Schon von Frenières an ist die Strasse sehr malerisch, von Les Plans an wird sie es in noch höherem Grade. In Pont de Nant befindet sich in einer kleinen Bretterhütte ein „Buffet", wo man gut und billig bedient wird; nur darf man nicht zu hohe Anforderungen stellen. Es ist dieser herrliche Fleck trotz der geringen Entfernung und der nur um 100 m. höhern Lage schon erheblich kühler als Les Plans, nicht nur weil er sehr schattig ist, sondern besonders auch wegen der fast beständig wehenden, durch die nahen Gletscher abgekühlten Winde. Er war daher in dem verflossenen heissen Sommer, in welchem man selbst in Les Plans von der Sonnengluth zu leiden hatte, eine wahre Labsal. Nur schade, dass man dort nicht wohnen konnte. Ein Gasthof würde daselbst um so passender sein, als dies der günstigste Ausgangspunct für die meisten Bergtouren ist, die sich in dortiger Gegend machen lassen, namentlich aber für diejenigen, welche dem Hochgebirge gelten. Auch findet man dort ein noch frischeres Trinkwasser, als in Les Plans. Für Brustleidende

[1]) Der Fussgänger kann dieselbe in Bévieux verlassen und den schon bei Bex erwähnten reizenden Weg einschlagen, welcher bis Peuffaire führt, um von da an sich wieder an die Strasse zu halten.

[2]) Man stelle sich darunter nicht etwa nur eine Brücke vor.



und Patienten, welche sich vor Erkältungen in Acht nehmen müssen, würde dieser Ort freilich nicht passen. — Der Pont de Nant liegt unmittelbar am Fusse des 3061 m. hohen Grand Muveran. Es ist dies derjenige Berg der Waadtländer Alpen, welcher die schönsten Formen zeigt. Obwohl ihm der Reiz des ewigen Schnees abgeht und er nur mit zwei kleinen Gletschern geschmückt ist, und obwohl er sich nicht mit den Riesen der Walliser und Berner Alpen messen kann, so imponirt er doch durch seine gewaltigen Felsenmassen, die im untern Theil durch hellgrüne Rasenbänder und dunkle Tannen angenehm unterbrochen werden, und durch die edlen Linien seiner Umrisse. Bei Sonnenuntergang färben sich seine Felswände nicht selten so intensiv roth, wie ich es bei keinem andern Berge gesehen habe. Doch geniesst man dieses Schauspiel besser in der Ferne als in der Nähe. Der Grand Muveran bestimmt den Charakter der Aussicht nicht nur in Les Plans, sondern auch in Gryon und selbst Villars. Er ist durch eine stattliche Kette von Bergen (Petit Muveran, Dent Favre, Tête noire etc.) mit den 2 Dents de Morcles verbunden.

Einer der genussreichsten Spaziergänge (prächtige Felsenpartien) ist der vom Pont de Nant nach den Sennhütten von Nant,[1] wohin man auf bequemem, meist schattigem und ebenem Saumweg in einer kleinen Stunde gelangt. Von da erreicht man auf ziemlich steilem Pfade in einer starken halben Stunde die Hütten von La Chaux, von wo aus der Grand Muveran und die eben genannte Bergkette sich wohl am grossartigsten ausnehmen. Von dieser Alpe aus kann man, wenn man das Steigen verträgt, eine der beiden Dents rouges oder die höhere und viel lohnendere, aber steile Pointe des Savoneires[2] (2310 m., 2 starke Stunden von La Chaux aus) erklimmen. Zwischen beiden durch führt ein Pass in's kleine Hochthal von Ausannaz, von wo ein bequemer Waldweg in kurzer Zeit nach Les Plans hinabgeleitet. — Von Nant kann man auch ohne Mühe bis zum Ende des Thales (1 Stunde) gehen. — Für Curanden mit guten Lungen und Beinen ist noch empfehlenswerther als die Pointe des Savoneires der Lion d'Argentine[3] (2228 m.), der Westgipfel der sonst wilden und schwer zugänglichen Argentine, da er etwas leichter zu ersteigen ist und eine noch schönere Aussicht bietet als jene. Der Weg führt vom Pont de Nant zunächst in östlicher Richtung über die Alpe Richard in ca. 3 Stunden hinauf. — Eine fernere, sehr lohnende Tour, die man auch zu Pferd machen kann, ist die von Anzeindaz (1890 m.), das man vom Pont de Nant über die schöne Alpe La Vare und den Col des Essets (2039 m.) in 3—3½ Stunden erreicht. In einer der Sennhütten findet man gute Unterkunft — es stehen selbst 7 Betten zur Verfügung — und kann, wenn man nicht zu anspruchsvoll ist, dort einen Aufenthalt machen. Anzeindaz ist die grösste Alpweide des Waadtlandes. Es liegt am Fuss der wilden und fast senkrecht ansteigenden Felswände der Diablerets (3251 m.), die jetzt meist von dort aus erklettert werden (in 4 starken Stunden). Will man den gewaltigen Bergsturz sehen, der unter 2 Malen im vorigen Jahrhundert von diesen Wänden sich ablöste und der das erste Mal (1714) 180 Menschen das Leben kostete und 120 Sennhütten bedeckte oder zertrümmerte, so braucht man nur eine kleine Stunde nach O. zu gehen und die Wallisergrenze zu überschreiten. Von dort bietet sich übrigens ein prächtiger Anblick der südlichen Walliser Alpen (Matterhorn, Dent blanche etc.) dar. Am Bergsturz hin zieht sich der Pas de Cheville hinab, welcher von Anzeindaz am See von Derborence vorbei durch das Val de treis Coeurs nach dem Dorfe Ardon im Rhonethal (letzte Eisenbahnstation vor Sitten) führt. — Will man von Anzeindaz nicht auf demselben Wege nach Les Plans zurückkehren, so kann man den bequemern Weg nach Gryon einschlagen, der am Fuss der Diableretskette thalabwärts führt und sogar für leichte Räderfuhrwerke praktikabel ist. Man gelangt dorthin in 2 Stunden (aufwärts 1 Stunde mehr) über die prächtige Alpe Solalex, die zwischen den wilden Rochers du Vent im N. und den senkrecht aufsteigenden, z. Th. fast spiegelglatten Felswänden der Argentine im S. eingebettet ist. Von Gryon führt der wunderhübsche Sentier du Sex à l'Aigle in 1½ Stunden über das schon genannte Torneresses nach Les Plans. Doch braucht man von Solalex her gar nicht bis

[1]) Es ist dies der bequemste Ausgangspunct für die Ersteigung der Dent de Morcles, die ich indessen aus dem bei Morcles angeführten Grund nicht berücksichtige.

[2]) Auf der Dufourkarte ist sie irrthümlicher Weise als Dent rouge bezeichnet.

[3]) Von Torneresses aus sieht er in der That einem liegenden Löwen nicht unähnlich.

Gryon zu gehen, um auf diesen Fusspfad zu gelangen und kann so $^{1}/_{4}$ Stunde abkürzen. — Nicht genug anzurathen ist die schon bei Morcles angeführte Croix de Javernaz, deren Ersteigung auch von Les Plans aus (ca. $2^{1}/_{2}$ Stunden) bequem und viel leichter als die des Lion d'Argentine ist. Der angenehme Weg führt zunächst fast immer durch Wald zu den Sennhütten des Thales von Javernaz. — Nördlich von Les Plans zieht sich von der Argentine her der nach W. immer mehr sich senkende ziemlich steile Grat von Bovonnaz hin (der höchste Punct 1950 m.), der unser Thal von dem von Gryon scheidet und in 1—2 Stunden zu erreichen ist. Die Aussicht von dort ist freilich beschränkter als die von den früher genannten Bergen und auch der Weg weniger interessant. — Einen sehr hübschen Spaziergang bietet die schon genannte Strasse, welche dem in der Tiefe einer Schlucht tosenden Avançon entlang fast immer durch Wald in einer starken halben Stunde nach Frenières [1]) führt. — Ich könnte noch andere Ausflüge und Spaziergänge angeben. Doch wird das Gesagte genügen, um zu zeigen, wie reich die Auswahl ist und wie sie den verschiedenen Constitutionen Vieles zu bieten vermag. Dagegen fehlt es noch an geeigneten Ruheplätzen (Bänken).

Die von *Gsell-Fels* angegebenen Pensionen sind beide gut und billig (Pensionspreis Fr. 5—6). Diejenige von Marlétaz hat den Vorzug des grössern steinernen Gebäudes, aber z. Th. etwas finstere Zimmer. Die Pension Bernard (Alex. Tanner, der zugleich das Hôtel Bellevue in Bex besitzt) ist in einem etwas umgeänderten hölzernen Bauernhause untergebracht und hat in diesem selbst nur wenige Zimmer zur Verfügung. Die meisten sind in den benachbarten Chalets [2]) gemiethet. Bekanntlich pflanzen sich aber in solchen Holzhäusern alle Geräusche in unerwünschter Stärke fort. Wenn nöthig, miethet auch Marlétaz Zimmer in den nachbarlichen Häusern. Er kann so ca. 60 Gäste versorgen. In der Pension Bernard waren wir bis 70. Beide Pensionen sind hübsch gelegen, sowie auch die dritte, von *Gsell-Fels* nicht genannte, die Pension de l'Argentine, die kleiner, aber, wie ich hörte, ebenfalls gut gehalten ist. Von Anlagen sieht man bei allen dreien sehr wenig; am meisten Schatten in unmittelbarer Nähe hat die letztgenannte Pension. Es ist indessen zu berücksichtigen, dass Les Plans bis jetzt viel mehr den Charakter einer blossen Sommerfrische als den eines Curortes hat. Man findet dort tüchtige Führer für die Bergtouren. Es besitzt ein Telegraphenbureau und eine Postablage, aber keine Fahrpost. Den Dienst der letztern versieht z. Th. ein mit Ross und Wagen versehener Bote, welcher täglich nach Bex hinunter und wieder zurück fährt.

Das Pfarrdorf Gryon lässt sich von Les Plans, wie schon gesagt, in $1^{1}/_{2}$ Stunden bequem erreichen. Von Bex führt eine schöne Strasse in stark $2^{1}/_{2}$ Stunden hinauf, die während der Saison in jeder Richtung 1 Mal täglich von einem Postwagen befahren wird.[3]) Der Fussgänger kann freilich die zahlreichen Windungen abschneiden und eine halbe Stunde und selbst mehr abkürzen. Gryon liegt im Gegensatz zu Les Plans an einem sonnigen Abhang, dem Südabhang der Jorogne,[4]) lang hingestreckt, der unter dem Dorf bis zu dem in bedeutender Tiefe strömenden Avançon von Anzeindaz steil abfällt. Es vereinigt sich dieser Fluss kurz darauf mit seinem mächtigeren Bruder von Les Plans. Da das Thal dieses letztern zunächst südlich verläuft, liegt Gryon nach dieser Richtung hin ganz offen und ist daher den Strahlen der Sonne viel mehr ausgesetzt als Les Plans. Es ist dies um so mehr der Fall, als es vor denselben nicht durch nahe Berge von bedeutenderer Höhe geschützt wird. Auch liegt der Avançon d'Anzeindaz in zu grosser Tiefe, als dass er abkühlen könnte, und es hat Mangel an Wald. Die Jorogne ist zwar mit Lärchen bewaldet; doch stehen sie nicht dicht beisammen, und es ist dieser Baum ohnedies schattenarm. Bei der sehr milden Lage macht sich aber der Mangel an Schatten im Sommer doppelt fühlbar.

Wenn Gryon auch nicht so viel Abwechslung an Ausflügen bietet wie Les Plans, so ist es doch keineswegs arm daran und namentlich nicht an Spaziergängen. Der

---

[1]) Die Pension, welche früher dort bestand und von *Gsell-Fels* auch erwähnt wird, ist eingegangen.

[2]) Die waadtländischen Chalets sehen den Berner Oberländer Häusern sehr ähnlich; in Les Plans sind sie einfach; in Gryon finden sich zum Theil schon schmuckere, besonders solche ältern Datums.

[3]) Ein Telegraphenbureau fehlt dem Orte ebenfalls nicht.

[4]) Vielleicht ist dieser Berg masculini generis.

kürzeste, der einer der hübschesten ist, zweigt sich im westlichen Theil des Dorfes von der Strasse ab und führt auf die Jorogne. Schon nach 5 Minuten hat man einen prächtigen Blick auf das gegenüberliegende Thal des Avançon von Les Plans, [1]) aus dessen Hintergrund der Grand Muveran mit seinen Trabanten majestätisch emporragt. Es hat mich dieses Bild nicht wenig an den Blick in's Lütschinenthal erinnert, aus dessen Hintergrund die Jungfrau mit ihrem glänzenden Gefolge sich erhebt. Nur ist freilich der Maasstab ein anderer und es fehlt, wie schon früher bemerkt, der ewige Schnee. Nach W. sieht man auf die Gegend von Bex und das Rhonethal hinunter. Im SW. steigt stolz die Dent du Midi empor. Im O. erheben sich auf der Südseite des Avançon d'Anzeindaz die kühnen Felswände der Argentine und ihnen gerade gegenüber auf der Nordseite die Rochers du Vent und, durch die Pointes de Chatillon und den Culant damit verbunden, wild und steil die Diablerets. Diese sind zwar nahezu 200 m. höher als der Grand Muveran, können sich aber an Formenschönheit nicht mit ihm messen. Die Aussicht hat einen von der von Les Plans ziemlich verschiedenen Charakter. Sie ist nicht nur ausgedehnter, sondern sie bietet auch einen bessern Ueberblick über die Berge, weil man ihnen nicht mehr so nahe ist; dafür imponiren sie einem aber nicht mehr in dem Maasse, wie in Les Plans. Man kann diese Aussicht, freilich weniger vollständig, ebenfalls vom Dorfe selbst aus geniessen, so auch von den beiden Pensionen Morel und Saussaz. An dem genannten schwach ansteigenden Fussweg sind einzelne Ruhebänke angebracht. Wenn man ihn weiter verfolgt, wird die Aussicht noch umfassender. Steigt man auf die Höhe der Jorogne, so erblickt man im N. unter sich das Thal der Gryonne [2]) und auf der jenseits dieses Flüsschens sich ausbreitenden Hochebene die Dörfchen Arveye, Villars und Chesières, hinter denen Berge von sanften Formen ansteigen, vor Allem der Chamossaire. Auf dem breiten Rücken der Jorogne kann man zwischen den frischgrünen Lärchen hindurch die verschiedensten Ausblicke nach allen Seiten geniessen. — Wenn die Sonne nicht zu heiss brennt, bietet auch die allmälig absteigende Strasse nach Bex einen angenehmen Spaziergang, ebenso das bescheidenere und rauhere Strässchen nach dem $1^3/_4$ Stunden weiter thalaufwärts grossartig gelegenen Solalex. Es führen auch malerische Fusswege zu beiden Seiten des mehrfach überbrückten Avançon dahin. Diese Alpe, sowie die $1^1/_4$ Stunde weiter entfernte von Anzeindaz sind uns bereits von früher her bekannt. — Es ist ferner lohnend, den sanften und aussichtsreichen Abhang von Chauxronde, den Vorläufer der Rochers du Vent, hinanzusteigen. An der Südseite führt übrigens auch ein Fussweg nach Solalex. — Der Chauxronde gegenüber erhebt sich als Ausläufer der Argentine der schon bei Les Plans angeführte Höhenzug von Bovonnaz, welcher auf dieser Seite viel weniger steil abfällt und daher auch bequemer zu ersteigen ist (2 Stunden bis zur Alpe Bovonnaz). — An der Nordseite der Rochers du Vent liegt die den Gryonnern gehörende berühmte Alpe Taveyannaz (1649 m., 2 kleine Stunden von Gryon) mit einer grossen Zahl dicht bei einander stehender Sennhütten. Wer Volksstudien machen will, kann dies nie besser thun, als bei dem dort Mitte August abgehaltenen, auch aus der Ferne stark besuchten Aelplerfeste. Nahe dabei findet sich ein Saumweg, welcher über den Col de la Croix [3]) (1734 m.) nach Ormont-dessus ($3^1/_2$ Stunden von Gryon aus) führt. Es ist dieser Pass auf der SW.-Seite ziemlich einförmig, während die viel steilere NO.-Seite (Ormont) weit mehr bietet. — Ein sehr hübscher, aussichtsreicher Weg steigt in die Schlucht der Gryonne hinab und auf der andern Seite nach dem reizend gelegenen Arveye hinauf und führt von dort fast horizontal nach Villars (1 starke Stunde).

Gsell-Fels zählt irrthümlich 3 Pensionen auf; denn die eine derselben (Aulet) ist längst eingegangen. Die 2 andern sind recht gut und billig (Pensionspreis Fr. 4—5). Die P. Saussaz ist wohl „heimeliger", aber insofern weniger comfortabel, als manche Zimmer klein sind und im Gebäude selbst überhaupt nicht viel Platz ist. In der Hauptsaison müssen daher die meisten Gäste in den benachbarten Holzhäusern untergebracht werden, wie wir dies schon bei der Pension Bernard in Les Plans gesehen haben. Die P. Morel ist dagegen ein stattliches, massives Gebäude, dessen Zimmer im Ganzen ge-

[1]) Les Plans selbst liegt hinter dem Hügel von Torneresses versteckt.
[2]) Sie hat eigenthümlicher Weise nichts mit Gryon zu thun.
[3]) Vor der Passhöhe kann man in östlicher Richtung einen Abstecher auf die Höhe von Arpille (1980 m.) machen.

räumig und angenehm sind. In unmittelbarer Nähe liegt ein neuerbautes hübsches Chalet als Dependenz. Die höchstgelegenen Zimmer desselben haben freilich auch nicht den wünschenswerthen Kubikraum. In einem grossen steinernen Nachbarhaus stehen übrigens noch weitere Zimmer zur Verfügung. Auf der Höhe der Saison würde ich demnach die P. Morel vorziehen, vor- und nachher aber die P. Saussaz in gleiche Linie stellen.

Villars und Chesières bespreche ich gemeinschaftlich, da sie kaum eine Viertelstunde von einander entfernt sind.[1]) Sie sind durch eine Kunststrasse mit Ollon verbunden, welche in ca. 3 Stunden über Huémoz nach Chesières führt. Der Fussgänger kann allerdings bedeutend abkürzen oder auch von Aigle direct über Panex gehen; doch ist der Fussweg von dem letztern Ort bis zum Plateau des Ecovets (bei Chesières) steil und rauh.

Villars liegt auf einer schwach nach SW. geneigten Hochebene und ist zwar auch den Strahlen der Sonne gehörig ausgesetzt, doch nicht so intensiv wie das an einem südlichen Abhang sich ausbreitende Gryon; zudem hat es wegen seiner offenen Lage fast immer einen leichten Luftzug. Die Aussicht ist noch freier als von dem letztgenannten Ort; auch treten die Berge noch mehr zurück und man überblickt einen grössern Theil des Rhonethals und das gerade gegenüber liegende ganze Val d'Illiez. Zu den schon von Gryon her bekannten Bergen — die Diablerets sieht man freilich nicht — tritt als neues Element der östliche Theil der Montblanckette hinzu, deren Firnen und Gletscher der Aussicht einen eigenen Reiz verleihen. Die nahen Berge und Anhöhen im N. und NW. haben dagegen wenig Charakter, auch nicht der von dort sich sehr zahm ausnehmende Chamossaire. Trotz des freiern Ausblickes verleiht aber das ausschliessliche Vorkommen von Tannwald der Gegend von Villars, sobald die Sonne nicht scheint, ein ernstes Gepräge, während Gryon hauptsächlich hellgrüne Lärchen und Les Plans eine wohlthätige Mischung von Laub- und Nadelholz hat. — Die Lage von Chesières halte ich trotz der gegentheiligen Ansicht von *Gsell-Fels* für etwas geschützter als die von Villars. Jedenfalls ist der Unterschied zwischen beiden gering.

Was Spaziergänge und Ausflüge betrifft, so bieten diese Ortschaften nicht eine so grosse Auswahl wie Les Plans und selbst Gryon. Auch ist nicht nur der Charakter der Wälder einförmiger und düsterer, sondern die Flora überhaupt schon ärmer. Von Spaziergängen will ich den nach Arveye erwähnen, der ungefähr in der Mitte des Weges dicht neben einer interessanten, halbkreisförmig ausgehöhlten Schlucht die schönste Aussicht bietet. Zur Rückkehr kann man den zum Col de la Croix führenden Saumweg benützen. Empfehlenswerth ist ferner der meist sehr sanft ansteigende, gut gehaltene Weg nach Bretaye; schon in der Mitte desselben hat man eine schöne Westansicht der Diablerets. — Man kann ferner auf der Strasse nach Huémoz hinabsteigen oder dazu für die erste Hälfte des Weges einen kürzern Fusspfad benützen. Der reizendste Spaziergang ist aber der nach der kleinen Hochebene der Ecovets, die in einer Einsattlung des westlichen, vom Chamossaire herkommenden Bergzuges liegt und von Chesières aus in einer starken halben Stunde zu erreichen ist.[2]) Man hat von dort aus nicht nur die früher genannte Aussicht der Gegend von Villars, sondern sieht auch nach NW. hinüber in's Thal der Grande Eau bis nach Sépey hinauf und über dem Thal die Bergkette der Tours d'Ay und de Mayen, deren steile Felsengipfel in der That Thürmen ähnlich sehen. Am Abhang dieser Kette breiten sich das kleine Pfarrdorf Leysin und der Weiler Les Crêtes aus. Endlich erblickt man noch den untersten Theil des Rhonethals und ein Stück des Genfersee's, das die Aussicht noch anziehender macht. — Man kann von diesem Plateau nach Panex und von dort vollends in's Thal hinabsteigen nach Aigle oder Ollon oder aber, auf gleicher Höhe bleibend, nach Plambuit und noch weiter spazieren.

Gsell-Fels empfiehlt sehr den Besuch der nördöstlich von den Ecovets gelegenen Montagne des Tailles.[3]) Ich kann diesem Lob nicht beistimmen, weil die Aussicht nicht viel

---

[1]) Auf der Strasse braucht man freilich eine kleine halbe Stunde.

[2]) Herr Petter, Besitzer des Hôtel du Grand Muveran, beabsichtigte zuerst, dort einen Gasthof zu bauen, musste aber wegen Mangel an Trinkwasser darauf verzichten.

[3]) In der Dufourkarte 1 : 100,000 heisst die Höhe Plan Saya (1790 m.), welcher Name in der neu herausgekommenen Karte im Maassstab von 1 : 50,000 fehlt; auf dieser findet sich die Bezeichnung les Tailles für den südwestlichen nach den Ecovets sich senkenden Abhang des Berges.

schöner als die vom Plateau des Ecovets und viel geringer als diejenige von dem nur eine halbe Stunde weitern Chamossaire (2118 m.) ist. Es hat eben dieser letztere eine sehr günstige vorgeschobene Lage. Um im Gebiete von Bex eine ausgedehntere Fernsicht zu geniessen, muss man schon auf viel höhere Berge (Dent de Morcles, Grand Muveran, Diablerets) steigen. Zudem ist der Weg auf den Chamossaire ein wahrer Spaziergang. Bis Bretaye führt der schon genannte Saumweg in 1¾—2 Stunden. Der Fussgänger kann aber auch auf näherem Pfade in 1¼—1½ Stunden dort sein. Von Bretaye an steigt man einfach die stets gleichmässig geneigten Alpweiden empor und ist in 1 Stunde oben. Hält man sich an den Ostrand, so gewahrt man in der Tiefe die 3 reizenden Seen von Bretaye und Chavonnes, die vom Gipfel aus nicht mehr sichtbar sind. Wer nicht gut zu Fuss ist, kann bequem bis auf diesen reiten. Man erblickt von demselben die schon oft genannten Berge der Avançonthäler,[1]) die Dent du Midi, im S. die ganze Montblanckette; im SO. einen Theil der peninischen Alpen (u. a. das Matterhorn und den Monterosa), im O. einen Theil der Berner Alpen, im N. wieder Waadtländer und dazu noch Freiburger Berge und darüber hinaus das blaue Band des Jura, das auch im W. den Horizont begrenzt. Vom Genfersee sieht man ein viel grösseres Stück als von den Ecovets, und auch das Ormontsthal mit dem nach Château d'Oex führenden Col des Mosses kann man weiter hinauf verfolgen. Das untere Rhonethal mit seinen südlichen Seitenthälern breitet sich ebenfalls in grösserer Vollständigkeit aus. — Höchst empfehlenswerth ist der Besuch der genannten Seen, von denen jeder einen andern Charakter hat. Der entfernteste, der Lac de Chavonnes, ist der grösste und schönste und von Bretaye aus in einer guten halben Stunde zu erreichen. Die 2 andern, der Lac des Chalets und der kleine, aber reizende Lac noir liegen auf dem Wege dahin. Das Wasser im erstgenannten See ist von seltener Klarheit und so warm und der Strand so bequem, dass man gerne darin badet, während die andern Seen sich wegen der vielen Wasserpflanzen dazu nicht eignen. Ueber Chavonnes und Forclaz führt ein angenehmer Weg in's Ormontsthal;[2]) doch wird er viel seltener benützt als der schon genannte, auf dieser Seite einförmigere Col de la Croix, zu dem man auch von Villars auf einem guten Saumwege gelangt. Man legt den ganzen Weg bis Ormont-dessus bequem in 4 schwachen Stunden zurück. — *Gsell-Fels* und *Tschudi* empfehlen ebenfalls die mir unbekannte Pointe de Meilleret (1951 m.), welche gerade ob vers l'Eglise (Ormont-dessus) sich erhebt.

Sehen wir uns nun die Gasthöfe und Pensionen an. Obenan steht das grossartige Hôtel du Grand Muveran (Petter), wohl das bestgehaltene der Waadtländer Bergcurorte und doch verhältnissmässig billig (Pensionspreis Fr. 6—8). Es hat eine prächtige Lage und bietet alle möglichen Bequemlichkeiten, u. a. auch gute Badeinrichtungen (mit Douchen), die leider den meisten waadtländischen Bergcurorten fehlen. Ferner finden sich bei diesem Hôtel eine Anzahl Baumgruppen und andere Anlagen, während sie bei den 3 andern sehr spärlich sind. Trotz der vielen Fremden, unter denen die Engländer vorherrschen, werden auch Schweizer sehr freundlich bedient und nicht nur über die Achsel angesehen, wie es da und dort vorkommt. — Das nahe Hôtel und Pension Bellevue (Genillard) wird ebenfalls gerühmt (Pensionspreis nach *Gsell-Fels* Fr. 5½—7), die Pension des Chalets (G. Breuer) ist erheblich kleiner und bescheidener eingerichtet (mit Dependenz; Pension Fr. 5—6). — Das Hôtel et Pension de Chamossaire in Chesières (V. Amiguet) soll auch gut gehalten sein. Nach *Gsell-Fels* beträgt der Pensionspreis 5½ bis 6 Fr. und es soll nach ihm die kaum glaubliche Menge von 128 Logirzimmern haben, also mehr als das Hôtel du Grand Muveran, das doch erheblich grösser erscheint. Leider gebricht es seiner unmittelbaren Umgebung an Schatten. — Villars und Chesières haben während der Saison 1 Mal täglich Fahrpost von und nach Aigle, und beide besitzen Telegraphenbureaus.

(Schluss folgt.)

[1]) Unter ihnen bieten freilich die Diablerets von dieser Seite (WNW) einen ganz andern Anblick dar als von Gryon aus.

[2]) Will man nach Ormont-dessus gehen, so kann man den nähern Weg wählen, welcher von Bretaye über Conche und Perche zur Mühle von Galèze hinabführt.

Wochenbericht.

Schweiz.

25. Versammlung des ärztl. Centralvereins Freitag, den 26. Mai, Abends und Samstag, den 27. Mai, in **Zürich.**

Programm: Am Vorabend, Freitag, den 26., Abends 7 Uhr, versammelt sich der ärztliche Verein der Stadt Zürich im Hôtel National (Bahnhofplatz) zum Empfang der auswärtigen Mitglieder des Centralvereins. Es werden Demonstrationen und kurze Vorträge von Prof. *Klebs*, Dr. *Haab* und Dr. *Kaufmann* gehalten werden. Schluss derselben $^1/_2$9 Uhr; nachher gesellige Vereinigung.

Samstag, den 27. Von 8 Uhr an klinische Demonstrationen und Vorträge in den Krankenabtheilungen.

8—9 Uhr. Demonstrationen auf der klin. Abtheilung von Prof. *Huguenin* und in der Gebäranstalt von Prof. *Frankenhäuser*.

8—10 „ Empfang in der Irrenanstalt Burghölzli durch Prof. Dr. *Forel*. Demonstration von Gehirnschnitten mit dem *Ganz*'schen Pinacoscop. (Der Anstaltswagen steht um 8$^1/_2$ Uhr auf dem Kartoffelmarkt für die Besucher bereit.)

9—10 „ Demonstrationen auf der ophthalmologischen Abtheilung des Cantonsspitals von Prof. *Horner* und im Kinderspital von Prof. *Osc. Wyss*.

10—11 „ Demonstrationen auf der chirurgischen Abtheilung von Prof. *Krönlein*.

Hauptsitzung Mittags 12 Uhr präcis im Rathhaussaale.

(Für jeden Vortrag sind, statuarisch, 20 Minuten eingeräumt!)

Tractanden:
1) Bericht des Präsidenten Dr. *Sonderegger*.
2) Vortrag über einen Fall von Aphasie von Prof. *Huguenin*.
3) Vortrag über die chirurg. Behandlung des Ileus von Prof. *Krönlein*.
4) Vortrag über die Stellung der practischen Medicin zu den neueren Anschauungen über die Aetiologie der Tuberculose von Dr. *Veraguth* (St. Moritz).

Banket um 2 Uhr im Hôtel Baur au lac.

Zürich wird auch diesmal wieder seine bekannte Anziehungskraft bewähren und eine grosse Zahl von Collegen aus Nah und Fern auf einige frohe Stunden vereinigen; gilt es doch, die wissenschaftlichen und persönlichen Bande zu befestigen, die uns zusammen halten.

Wir laden daher die Mitglieder des ärztlichen Centralvereins und auch die Mitglieder der Société médicale de la Suisse romande sowie alle schweizerischen Aerzte, auch diejenigen, welche bisher keinem Vereine angehörten, auf's herzlichste zu dieser Versammlung ein, die nach Zeit und Ort dazu angethan ist, uns mannigfache wissenschaftliche und sociale Anregungen zu geben!

Den 1. Mai 1882. Im Namen der schweiz. Aerzte-Commission:
Sonderegger, Präsident.
Burckhardt-Merian, Schriftführer.

Genf. Schweizerische ärztliche Unterstützungscasse. Da die Frage einer schweizerischen ärztlichen Unterstützungscasse wahrscheinlich in der nächsten Versammlung des Centralvereins in Zürich zur Discussion gelangen wird, so beeilen wir uns, eine Uebersetzung des Vorschlages der romanischen Schweiz hier unsern Lesern mitzutheilen:

Bericht der Genfer Commission zur Prüfung der Frage einer gegenseitigen Versicherung schweizerischer Aerzte.

Die Versicherungsfragen sind sehr complicirte, wenn es sich um Personen handelt, die sehr verschieden im Alter sind, und die auf einem weitern Terrain zerstreut wohnen. Die Ungleichheit des Alters schafft eben eine enorme Ungleichheit unter den Versicherten; auf die Einen fällt eine sehr schwache Sterblichkeitsziffer, etwa kaum 1% der Lebenden (bei 25 Jahren beträgt sie 0,68%, bei 35 Jahren 0,91%), Andere haben eine sehr hohe Sterblichkeitsziffer (bei 60 Jahren beträgt sie 3,64%, bei 65 Jahren 5,29%). Es wäre somit ungerecht, die gleiche Versicherungsprämie von einem jungen Mann wie von einem



Greise zu verlangen. Das weite Auseinanderwohnen der Versicherten macht ebenfalls Schwierigkeiten, es verhindert eine Aufnahmscommission (Commission d'examen) in jedem Schweizerort zu haben, sowie das Herumreisen derselben an sämmtliche Orte, wo zu Versichernde wohnen; daraus ergibt sich, dass dieser Aufnahmemodus unausführbar wäre.

Wir schlagen daher vor, alle patentirten Aerzte vom 25. bis zum zurückgelegten 60. Altersjahr anzunehmen, um aber gewissermaassen das ungleiche Risiko zu compensiren, müsste ein Eintrittsgeld von wechselndem Betrag je nach dem Alter des Eintretenden stipulirt werden. Z. B. würden zahlen 25—30 Jahre: 20 Fr., 30—40 Jahre: 30 Fr., 40—50 Jahre: 50 Fr., 50—60 Jahre: 60 Fr. Daneben müsste von jedem Mitglied eine Prämie von Fr. 3 bei dem Tode eines Theilnehmers erhoben werden.

Auf ähnlicher Basis functionirt in New-York unter den Aerzten unter dem Namen Old-Fellows eine Unterstützungscasse der Hinterlassenen. Auch die Genfer Gesellschaft La Prévoyante, welche seit 7 Jahren besteht und bereits einen Reservefond von 5000 Fr. hat, basirt auf ähnlichen Grundsätzen; nach dem Tod eines Mitgliedes zahlt jedes überlebende Mitglied 1 Fr. und ausserdem einen Jahresbeitrag von 1 Fr.

Um diese Grundsätze auf die ärztlichen Verhältnisse in der Schweiz zu übertragen, sollte man exact die Zahl der patentirten Aerzte kennen, sowie deren jährliche Sterblichkeitsziffer. Leider sind wir ziemlich im Unklaren über diese beiden Ziffern; nach dem Corr.-Bl. (1882 Nr. 1) waren:

1875: 1544 patentirte Aerzte in der Schweiz,
1878: 1459 „ „ „ „ „
1881: 1441 „ „ „ „ „

was ein Mittel von 1482 oder rund 1500 ergibt.

Schwieriger ist die Eruirung der Sterblichkeitsziffer. Das eidg. statistische Bureau, an das wir uns wandten, erklärte, dass diese Zahl ihm unbekannt sei, und dass es ihm unmöglich sei, vor der vollkommenen Verwerthung der letzten eidg. Volkszählung an diese Arbeit sich zu machen.

Im Corr.-Bl. wurden 1881 14 Todesfälle von Aerzten aus der deutschen und 2 aus der welschen Schweiz signalisirt. Aber diese Zahl gibt natürlich keinen genauen Anhalt, sie ist jedenfalls zu gering für die welsche Schweiz, vielleicht zu hoch für die deutsche; daneben repräsentiren diese 16 Todesfälle vielleicht ein Maximum, das nicht alle Jahre sich wiederholt.

Wir schlagen nun, auf diese Prämissen uns stützend, Folgendes vor:

1) Die gegenseitige Unterstützungsgesellschaft schweizerischer Aerzte ist gegründet, sobald 1000 Theilnehmer beigetreten sind.

2) Theilnehmer kann nur werden, wer:

a) zur Ausübung der ärztlichen Praxis in der gesammten Schweiz berechtigt ist,

b) ein nach seinem Alter varirendes Eintrittsgeld bezahlt hat,

c) sich verpflichtet hat, nach dem Ableben eines jeden Theilnehmers, der Casse je Fr. 3 zuzuwenden.

3) Diese Gesellschaft hat ihren Sitz in Bern; sie wird geleitet durch einen Verwaltungsrath von 5 Mitgliedern, sie hat einen bezahlten Angestellten, der die Bücher und Register führt, durch Correspondenzkarte, nach dem Ableben eines Theilnehmers, Fr. 3 von jedem der Mitglieder reclamirt und den Hinterlassenen die sich ergebende Summe aushändigt. Eine entsprechende Caution dieses Angestellten bei der eidg. Bank ist vorgesehen. Der Verwaltungsrath controlirt die Buchführung und mahnt die Saumseligen, die ihre Rechte einbüssen, wenn sie die Beiträge während eines Jahres zu bezahlen sich geweigert haben.

4) Die directen Erben eines verstorbenen Theilnehmers sollen sofort den Angestellten der Gesellschaft von dem Ableben des betreffenden Mitgliedes in Kenntniss setzen, so dass derselbe ohne Verzug die Beiträge erheben und die sich ergebende Summe den Hinterlassenen übermitteln kann.

5) Im ersten Jahre werden absolut keine Versicherungsbeiträge ausbezahlt.

6) Wenn der Reservefond eine gewisse Höhe erreicht hat, und wenn die Einnahmen die jährlichen Ausgaben überschreiten, kann der Verwaltungsrath die Beiträge auf Fr. 2. 50 oder sogar auf Fr. 2 herabsetzen.

Weitere Details übergehen wir. Es genüge, dieses Princip der gegenseitigen Lebens-

versicherung hier entwickelt zu haben, das in New-York und Genf bereits befriedigende Resultate ergeben hat.

Mögen sich nun die Ansichten der Aerzte in dieser Angelegenheit klären.

Namens der Commission: *Lombard* senior.

Zürich. Der Auger'sche Petrolofen (Ami des Dames). Im Anfang des Winters wurden von Herrn Auger, Ingenieur in Oberstrass, Prospecte versandt, die einen neuen Ofen verhiessen, ein elegantes Zimmermöbel, ohne Anspruch auf viel Raum, der, mit Petroleum oder Spiritus gespiesen, rasch eine angenehme Wärme um sich verbreite, leicht von einem Zimmer in's andere sich transportiren lasse, durch den in ihm enthaltenen Wasserbehälter die umgebende Luft im wünschbaren Feuchtigkeitsgrade erhalte und obendrein, so lange er bedient wird, warmes Wasser vorräthig halte und abgeben könne, dazu sehr wenig Kosten für das Brennmaterial erfordere; kurz, es schien, dass mit dieser Erfindung ein erheblicher Beitrag zum häuslichen Comfort geliefert sei. Betrat man das Magazin, wo stets ein Ofen in Thätigkeit war, so fand man eine ganz angenehme Luft, keine Spur von irgend welchem Geruch. Allerdings war das Magazin hoch, und die hohe direct auf die Strasse gehende Thür gewährte demselben reichliche Lufterneuerung.

Der städtische Chemiker Bertschinger wurde von der Gesundheitscommission mit der Untersuchung beauftragt und benutzte hiezu das Krankenzimmer des hiesigen Hauptpolizeipostens, eine Räumlichkeit von 41,3 Cubikmeter Inhalt; er prüfte hier ausser dem Auger'schen Ofen noch einen Gasofen (ebenfalls ohne Abzugsrohr), sowie den hier gebräuchlichsten Heizapparat, einen dünn ausgefütterten Eisenblechofen mit Abzugsrohr. Letzterer wurde das eine Mal mit Holz, das andere Mal mit Coaks beschickt. Alle Versuche wurden zwei Mal gemacht und die Oefen von 10 Uhr Morgens bis 4 Uhr Abends in Thätigkeit erhalten.

Der Petrolofen bot nun folgende Vorzüge:

Die Luft zeigte auch hier absolut keinen Geruch. Die chemische Untersuchung (Spectralanalyse) erwies die völlige Abwesenheit von Kohlenoxydgas, was vielen eisernen Oefen nicht nachzurühmen ist. Die Luft blieb auch ganz frei von Russ, welcher sich beim Gasofen in kleinen Mengen erzeugte. Endlich behielt die Luft einen hinlänglichen Feuchtigkeitsgrad (59—63% ihrer Sättigungscapacität), welches Lob man nicht jedem Heizapparat ertheilen kann.

Dagegen erschien schon nach kurzem Aufenthalt in diesem Raume die Luft schwer, und der Athem ward beklommener, zu welcher Erscheinung dann die chemische Untersuchung der Zimmerluft bald den Schlüssel in dem ganz enormen Kohlensäuregehalt derselben lieferte. Der Verbrennungsprocess erzeugte dieses Gas reichlich, liess es in das Zimmer ausströmen und dort sich ansammeln, da kein Abzugsrohr vorhanden war.

Nach dem Handbuch der Hygieine von *Wiel* und *Gnehm* ist eine Luft mit 0,2 vol ‰ Kohlensäuregehalt rein, bis zu 0,7 vol ‰ unschädlich, mit 1,0 und darüber verdorben und ungesund.

Nun zeigte bei den von unserm Stadtchemiker gemachten Versuchen die Zimmerluft folgenden Kohlensäuregehalt: Bei Ofenholzheizung 1,20—1,94, bei Ofencoaksheizung 1,22 bis 1,89, beim Petrolofen 10,86—12,99, beim Gasofen 9,44—10,92, so dass letztere beiden Oefen eine sehr schädliche Luft liefern, die zu ihrer Correctur einer energischen Ventilation bedarf, soll sie nicht die Gesundheit der Zimmerbewohner ernstlich gefährden, was namentlich bei Benutzung derselben in Schlafzimmern, zur Zeit, wo solche besetzt sind, von den schlimmsten Folgen sein könnte.

Auf diese Untersuchung hin beschloss die Gesundheitscommission Zürich, dem Stadtrath zu beantragen:

I. Die Aufstellung Auger'scher Petrolöfen, sowie von Gasöfen ohne Abzugsrohr in Schlafräumen ist zu verbieten.

II. Die Aufstellung solcher Oefen überhaupt darf nur nach geschehener Localinspection und eingeholter Bewilligung der Stadtpolizei geschehen.

III. Es ist in einer Publication der Gesundheitscommission auf die Gefahren des Auger'schen Petrolofens, sowie des Gasofens ohne Abzugsrohr aufmerksam zu machen und beim Gebrauch dieser Heizapparate energische Ventilation dringend zu empfehlen.

Wenn die Gesundheitscommission diese beiden Luftverderber nicht geradezu ganz

verbot, so geschah es in Berücksichtigung, dass gegenwärtig noch schlimmere Feinde der menschlichen Gesundheit, als Kohlenbecken, Kohlenbügeleisen schlechter Construction und mit langsam verbrennenden Kohlen versehen, Petrol- und andere Herde ohne Abzugsrohr in Wohnräumen, von der Polizei unbehelligt ihr Wesen treiben dürfen. Möge es der Technik bald gelingen, auch diese, theilweise durch Nothstand entschuldigten Gesundheitsschädiger zu verbessern oder zu verdrängen.

(Blätter für Gesundheitspflege.)

Personalia. Herr Dr. *W. vonSpeyr*, bisher Assistenzarzt im Burghölzli, ist als Secundararzt in die Waldau berufen worden.

Ausland.

Oesterreich. Billroth über Pirogoff's letzte Krankheit. Die „Petersburger Medicinische Wochenschrift" veröffentlichte vor Kurzem ein Schreiben *Billroth*'s aus Wien vom 20. Februar an Dr. *Wywodzew* in Petersburg, dessen Inhalt nicht nur um der Persönlichkeiten willen, sondern auch aus sachlichen Gründen, nach vielen Richtungen hin interessant ist. Dr. *W.* hatte *Billroth* ein Stück Präparat von der Geschwulst am Oberkiefer *Pirogoff*'s gesendet. Mehr als zwei Drittheil von Schnitten dieses Präparates „bestehen", so heisst es in *B.*'s Briefe, „aus einem kleinzelligen, gefässreichen Fibrosarcomgewebe; an einer Peripherie des Schnittes sind indess ganz deutliche kleinzellige Epithelialwucherungen, und an einem Winkel ist ein Stück ganz exquisiten Epithelialcarcinoms mit Epithelialperlen. Letztere sind scheinbar etwas verhornt und haben eine eigenthümliche hellbräunliche Farbe; ob diese Farbe ursprünglich so war, oder vielleicht von der Anwendung von Perubalsam herkommt, welche ich *Pirogoff* empfahl, vermag ich nicht zu entscheiden.

Es geht aus diesem Befund hervor, dass sowohl meine als die Ansicht der russischen Collegen die richtige war. Als *P.* mich in Wien consultirte, hatte ich den Eindruck, dass es sich anfangs um einen chronisch entzündlichen Process in der Alveole des letzten oberen Backzahnes links gehandelt habe; dieser Zahn wurde dann locker und fiel aus. Dann wucherte aber die chronisch entzündliche Neubildung fort, und nahm allmälig, wie ich dies schon öfter bei alten Leuten sah, den Charakter einer infiltrirten sarcomatösen Epulis an. In diesem Stadium sah ich *P.* Die mässige Anschwellung war epithelfrei; diese Flächen sahen aber gut granulirend aus, waren ziemlich derb und trugen keine Spuren eines Zerfalls. Das Epithel war an diesen Stellen nicht ganz zerstört, sondern wucherte da und dort, wie sich aus dem Vorhandensein einiger Narbeninseln ergab. In der Folge hat dann diese Epithelwucherung einen mehr proliferirenden und dann destruirenden Charakter angenommen, und so kam es zu partieller Entwicklung von ächtem Epithelcarcinom. Ich möchte den Vorgang mit der Carcinombildung auf Lupus- und anderen chronischen Geschwüren in Parallele setzen. Die später, wie ich höre, angeschwollenen Lymphdrüsen hinter dem Unterkieferwinkel sind gewiss Infectionscarcinome gewesen.

So interessant und lehrreich das Resultat der microscopischen Untersuchung in solchen Fällen ist und die Aetiologie der Verlaufsweise anatomisch illustrirt, so hätte mich doch auch die Diagnose Carcinom in dem gegebenen Falle nicht zu einer Operation bestimmt. Ein Mann über 70 Jahre, wenn auch noch lebhaftesten Geistes, doch alle Zeichen des körperlichen Marasmus an sich tragend, mit Cataract auf beiden Augen etc. hat keine Aussicht, eine Operation, wie man sie hier hätte machen müssen, um auch nur für kurze Zeit vor einem Recidiv bewahrt zu bleiben, — gut zu überstehen. Ja ich gestehe Ihnen, wäre ein solcher Patient auch kräftig und 20 Jahre jünger als es *P.* war, ich hätte ihn doch nicht operirt; meine nun schon 30jährige Erfahrung als Chirurg hat mich gelehrt, dass die ganz hinten am Oberkiefer beginnenden Sarcome und Carcinome nie auf operativem Wege radical zu entfernen sind, wenn man so operirt, dass man doch noch einige Wahrscheinlichkeit dafür hat, dass die Patienten die Operation überstehen. Man ist dahinten theils technisch, theils anatomisch so genirt, dass man eine reine Exstirpation nie machen kann, es sei denn der ganz besondere Zufall, dass man es mit einer ganz abgekapselten Geschwulst zu thun habe. Ich bin auch nicht mehr der unerschrockene kühne Operateur, wie Sie mich in Zürich gekannt haben; ich lege mir jetzt immer die Frage vor: würdest du diese Operation an dir selbst machen lassen, wenn du in der Lage wie der Patient wärest? Da kommt man denn im Lauf der Jahre zu einer gewissen

Resignation. Mit jedem Jahre, welches mir das Geschick noch schenkt, werde ich mehr von Misserfolgen unserer Kunst afficirt. Ich hätte gewiss den Chirurgen getadelt, der bei *P.* eine Operation versucht hätte; doch von mir wusste ich sicher, dass ich in diesem Falle kein günstiges Resultat erzielen würde. So trachtete ich durch Zuspruch die psychische Depression des Patienten zu heben, und ihn zur Geduld zu überreden, um ihn über die Bedeutung seines Leidens zu täuschen. Das ist ja Alles, was wir in solchen Fällen vermögen.

Es ist ja ganz natürlich, dass der Widerspruch meiner Ansicht mit derjenigen meiner ausgezeichneten Collegen in Russland auffallen musste, doch habe ich so gehandelt, wie ich es nach meiner Erfahrung für meine Pflicht hielt.

Wollen Sie diesen Brief der Oeffentlichkeit übergeben, so habe ich nichts dagegen. Ich habe mich für immer vom literarischen Schauplatz auf dem Gebiete der Chirurgie zurückgezogen, und beschränke mich darauf, mit Wort und That noch so lange auf meine Schüler und Patienten zu wirken, als es mir noch zu wirken gegönnt sein wird.

Dr. *Th. Billroth.*" (Deutsche med. Wochenschr.)

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 26. April bis 10. Mai 1882.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Varicellen 3 Fälle aus Kleinbasel (8, 2, 3).

Scharlach 13 Erkrankungen (22, 10, 10), zerstreut über alle Districte, die meisten auf dem Nordwestplateau und in Kleinbasel.

Typhus 8 Erkrankungen, wovon 6 in Kleinbasel (4, 8, 3, 3).

Diphtherie und Croup 12 Fälle (20, 18, 9), wovon 10 in Grossbasel.

Erysipelas 9 Fälle (15, 4, 9).

Parotitis 2 Anzeigen.

Puerperalfieber 4 Erkrankungen.

Bibliographisches.

42) *Deutsche Chirurgie* von Prof. *Billroth & Lücke* Lfg. 26: *Krönlein*, Die Lehre von den Luxationen. Mit 20 Holzschnitten. 121 S. 8°. Stuttgart, Ferd. Enke.
Lfg. 27 I. Hälfte: Prof. Dr. *P. Bruns*, Die allgemeine Lehre von den Knochenbrüchen. Mit 187 Holzschn. 8°. 400 S. Stuttgart, Ferd. Enke.

Briefkasten.

Herrn Prof. Dr. *Horner* in Z.; Dr. *Kummer*, Aarwangen: Mit bestem Danke erhalten. — Mr. le Dr. *E. de la Harpe*, Lausanne: Gut — Geduld bringt Rosen. — Herrn Dr. *Münch*, Brestenberg: Lassen Sie unsere Zuversicht nicht zu Wasser werden.




Digitized by Google

Bad Schinznach (Schweiz).

Eisenbahn-Station. **Telegraphen-Bureau.**

Dauer der Saison vom 15. Mai bis Ende September. Therme mit reichem Gehalt an Schwefelwasserstoff, Kohlensäure, Kalk und Kochsalz, berühmt durch ihre Heilwirkung bei Scropheln (Drüsen), Haut-, Knochen- und Schleimhautkrankheiten, chronischen Katarrhen, Emphysem, Asthma und allgemeine Schwäche. — Schinznach ist von Basel in 1½ Stunden erreichbar durch die Eisenbahnlinien Olten und Bötzberg. Täglich gehen 23 Züge vorbei. Die Briefe werden im Tag 8 mal vertheilt. Die Lage von Schinznach ist reizend, die schönsten Exkursionen können per Eisenbahn, per Wagen oder zu Fuss gemacht werden. Mildes Klima. Wald. Milchkuren. Reduzirte Bäderpreise. Für Erkundigungen beliebe man sich zu wenden an

(M833cZ) **Hans Amsler,** Director.

Gasthof u. Soolbad z. Sonne in Mumpf (Aargau).

Bötzbergbahnstation. Telegraphen-Bureau beim Hause. Schöne Aussicht auf den Rhein und Schwarzwald. Schattige Spaziergänge. Billige Pensionspreise. Gute Küche und reelle Weine.

[OB 2575] *Der Besitzer:* ***F. J. Waldmeyer.***

Passugg

Ulricus-Quelle, natürliches Soda-Wasser, übertrifft Vichy.

Theophils-Quelle, kräftiger, Eisenhalt. Natronsäuerling wie Selters, Ems etc.

Belvedra-Quelle, alkalisch-erdiger Eisensäuerling, dem altberühmten St. Moritz ebenbürtig.

Vorräthig in den Mineral-Wasser-Handlungen und Apotheken.

Versandt durch die Verwaltung:

[M 1294 Z] ***J. P. Balzer in Chur.***

WALLIS LEUKERBAD SCHWEIZ

1415 Meter über Meer.

Diese warmen Quellen bewähren ihren alten europäischen Ruf bei allen chronischen Hautkrankheiten, Diskrasieen, Rheumatismen, Gicht und bei Frauenkrankheiten u. s. w.

Nähere Auskunft ertheilt bereitwilligst

Ad. Brunner, *Bad-Arzt.*

Bad Homburg

Wirksame Brunnenkur bei allen **Magen- u. Unterleibsleiden** (Leber, Milz, Gelbsucht, Gicht). **Mineral-, Sool-, Kiefeernadel-, Gas- u. Moor-Bäder. Inhalationen** für **Hals-** und **Brustleidende. Molkenkur. Heilgym.** Institut (Elektrotherapie, Massage). Kaltwasser-Heilanstalten. **Luftkurort ersten Ranges** für **Nervenleidende** u. **Reconvalescenten. Eleg. Kurhaus m. Park.** Vorzügl. Orchester, Theater, Réunions, Illuminationen etc.

[M à 100/4 F]

Die
Basler Nachrichten
erscheinen wöchentlich sechsmal in grösstem Format. — Jährlich Fr. 17. 20, halbjährlich Fr. 8. 70, vierteljährlich Fr. 4. 50, franco durch die Post in der ganzen Schweiz. — Bestellungen nehmen zu Anfang jeden Vierteljahres alle Postbureaux entgegen.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N° 11. XII. Jahrg. 1882. 1. Juni.

Original-Arbeiten.

La Névrose hypnotique devant la Médecine légale.

DU VIOL PENDANT LE SOMMEIL HYPNOTIQUE.

Rapport médico-légal par le Dr. **Ladame** de Neuchâtel (Suisse).

Après la représentation publique donnée pendant l'hiver de 1880—1881 dans la Suisse romande et le canton de Neuchâtel en particulier par un „magnétiseur“ fameux, Donato, on vit se produire dans les principales localités du pays, comme à Breslau après les séances de Hansen, une véritable fièvre „magnétique“ surtout parmi la jeunesse. Une des conséquences de cette fureur de „magnétiser“ est illustrée par le cas suivant qui a été l'objet d'une enquête judiciaire. — Le pasteur allemand de La-Chaux-de-Fonds recevait en Juillet 1881 la visite d'une jeune fille, originaire bernoise, qui lui demandait d'écrire à sa commune pour obtenir l'autorisation d'aller faire ses couches à la maternité de Berne. Cette jeune fille prétendait être enceinte depuis la veille de Noël. Restée seule un instant ce soir là avec un jeune homme qui avait l'habitude de la „magnétiser“ elle fut violée par lui, racontait-elle, après qu'il l'eut endormie. La jeune fille fut reçue à la maternité et accoucha à la fin de Septembre; mais la lettre du pasteur allemand qui demandait son entrée à l'hôpital de Berne tomba sous les yeux du juge d'instruction bernois qui porta plainte aussitôt auprès du juge de La-Chaux-de-Fonds. Celui-ci fit une enquête qu'il transmit au procureur général de la République. Nous fûmes alors appelés par M. le procureur général à faire un rapport médico-légal sur cette affaire et à répondre en particulier aux questions suivantes:

1) Le récit de Maria T. doit-il être considéré comme vraisemblable dans ses traits généraux?

2) Le coït a-t-il pu avoir lieu dans les conditions indiquées par elle et sans qu'elle ait pu se rendre compte de l'attouchement qu'elle subissait?

3) La volonté était-elle complètement paralysée chez cette jeune fille et n'a-t-elle pu opposer à son séducteur aucune résistance?

4) La conception est-elle possible lorsque la femme est dans cet état d'insensibilité absolue?

Après avoir pris connaissance du dossier qui nous avait été confié par M. le procureur général nous répondîmes à ces questions par un rapport dont nous transcrirons ici les parties essentielles.

Cette question de viol pendant le sommeil hypnotique est toute nouvelle en médecine légale; il n'en existe actuellement que quatre cas authentiques publiés dans la littérature médicale, aussi n'avons nous pas cru devoir prendre nos conclusions sans faire des recherches sur les cas analogues qui ont pu être observés jusqu'à aujourd'hui et sans consulter les spécialistes éminents, professeurs de médecine légale à Paris, à Berlin et à Vienne, MM. *Brouardel*, *Liman* et *Höffmann* qui font autorité dans cette partie. Ces Messieurs nous ont répondu avec une extrême obligeance.

Monsieur *Liman*, professeur de médecine légale à Berlin, nous écrit que dans sa longue pratique de vingt ans comme médecin expert des cours de justice, il n'a pas vu un seul cas de „sommeil magnétique“ et qu'il n'a jamais été appelé à se prononcer sur un cas criminel se rattachant au „magnétisme“.

Monsieur *Hoffmann* à Vienne, dont le Traité de médecine légale, traduit en français en 1881, est hautement estimé, nous écrit de même qu'il ne connaît dans la littérature allemande aucun cas de viol pendant l'état hypnotique.

En France le premier cas publié date de mil huit cent cinquante-huit et se trouve dans la Presse médicale de Marseille (1858, No. 2). Voici en quels termes ce journal rend compte de l'affaire:

„Le second cas de médecine légale concerne un viol qui aurait été accompli dans le sommeil magnétique. M. Coste, directeur de l'école de médecine de Marseille et M. *Broquier*, chirurgien de l'Hôtel Dieu de cette ville, dans un rapport médico-légal, ont posé les conclusions suivantes:

„Nous pensons qu'il est possible qu'une jeune fille soit déflorée et rendue mère, contrairement à sa volonté, celle-ci pouvant être annihilée par l'effet magnétique.“

La Gazette hebdomadaire de médecine à Paris (année 1858, page 832) qui rend compte de ce cas ajoute à propos de ces conclusions: „Ce que nous avons vu et expérimenté du magnétisme ne nous aurait pas permis une affirmation aussi catégorique.“

Mais MM. *Coste* et *Broquier* appuyaient leurs conclusions en remarquant que „si une jeune fille, sous l'influence du sommeil magnétique, est insensible à toutes les tortures, il semble qu'il est rationnel d'admettre qu'elle pourra subir l'acte du coït sans qu'il y ait participation de sa volonté, sans qu'elle en ait conscience et que, par conséquent, elle ne saurait repousser par la force l'acte qui est consommé sur elle.“

Devergie, le savant auteur de médecine légale, dont les experts avaient désiré

connaître l'opinion sur ce cas difficile, a pleinement adhéré à la conclusion précédente et répondait entre autre à la question qu'on lui avait soumise: „Je crois qu'une fille de dix-huit ans peut, en thèse générale, avoir été déflorée et rendue mère contrairement à sa volonté, dans le sommeil magnétique. Mais en dehors du sommeil magnétique il y a tant de mensonges que je ne saurais aller plus loin. Le sommeil magnétique est fictif ou réel: fictif, en ce sens que toutes les personnes qui donnent des consultations ou des représentations de magnétisme ne sont jamais endormies; réel, et alors tout rapport, tout sentiment de relations peut être interdit par le sommeil; la sensibilité peut être émoussée et même éteinte, partant, la femme dans l'impossibilité de se défendre."

Tardieu, dans son Etude médico-légale sur les attentats aux moeurs (7e édition 1878, page 92) dit qu'il a reçu aussi, à l'occasion du même fait, une lettre de M. le docteur *Broquier*, lui demandant son avis. Absent de Paris en ce moment il n'a pu répondre en temps utile à cette demande. „Mais", ajoute-t-il, „je me serais associé complètement à l'opinion exprimée par M. Devergie et surtout aux sages réserves qu'il a faites relativement à la possibilité de la feinte et à la probabilité de la fraude en tout ce qui touche aux prétendus effets physiologiques du magnétisme."

Aujourd'hui on ne pourrait plus ratifier le jugement de Tardieu sur le „magnétisme". Les effets physiologiques sont bien réels, on les a étudiés avec soin et il n'est pas difficile à un médecin expérimenté de reconnaître ce qui est vrai et ce qui est simulé dans les symptômes soumis à son examen. Grâce aux recherches et aux études approfondies qui ont été faites il est facile de découvrir la feinte et la fraude dans „tout ce qui touche aux effets physiologiques réels du prétendu magnétisme".

Un second cas de viol sous l'influence „magnétique" a été l'objet du rapport suivant fait en mil huit cent soixant-cinq (1865) par MM. les docteurs *Auban* et *Jules Roux*:

„Nous soussignés, *Auban*, *Camille*, directeur du service de santé de la marine en retraite, et *Roux*, *Jules*, directeur du même service en exercice, commandeur de la légion d'honneur, demeurant et domiciliés à Toulon;

„Sur la réquisition en date du treize Juin mil huit cent soixant-cinq (13 Juin 1865) qui nous a été faite par M. *Albert Germondy*, par délégation, juge d'instruction près le tribunal de première instance à Toulon, à l'occasion de la procédure instruite contre le nommé Castellan, Timothée, âgé de 25 ans, né à la Garde-Freynet, ouvrier bouchonniér, inculpé de vagabondage et mendicité;

„Laquelle réquisition est conçue dans les termes suivants:

„Castellan reconnaît dans la procédure suivie contre lui qu'il a exercé une influence magnétique sur Joséphine Hugues. Qu'elle a été la conséquence de cette influence sur la liberté morale de cette jeune fille, dans sa relation avec l'inculpé? Spécialement, Castellan en plongeant Joséphine Hugues dans un sommeil magnétique se donnait-il le pouvoir d'avoir avec elle des relations intimes dont elle n'eut pas conscience, au moment où elles s'accomplissaient? Castellan pouvait-il, par son influence magnétique, réduire Joséphine Hugues, même sans l'endormir, dans un

état tel qu'elle n'eut plus la liberté morale nécessaire pour s'opposer aux relations intimes que Castellan avait avec elle ou pour y donner un consentement intelligent?

„Après avoir préalablement prêté serment, nous avons pris connaissance du dossier, dossier relatif à l'affaire Castellan Timothée.

„De cet examen il résulte qu'à défaut d'observations personnelles nous pouvons, sous toutes réserves cependant, résoudre les questions qui nous ont été soumises, d'après les documents scientifiques et le seul fait authentique qui existe sur cette matière.

„Avec MM. *Tardieu*, *Devergie*, *Coste*, directeur de l'école de médecine de Marseille, et *Broquier*, chirurgien de l'Hôtel Dieu de cette même ville, qui tous ont exprimé leur opinion à l'occasion du fait mentionné ci-dessus, lequel a les plus grandes analogies avec celui qui est déféré à notre appréciation, nous pensons:

„1) Que, par les manœuvres dites magnétiques, on peut exercer sur la volonté de toute personne exceptionnellement disposée par son tempérament nerveux une influence telle que sa liberté morale soit pervertie, ou plus ou moins complètement anéantie.

„2) Qu'en plongeant une jeune fille dans le sommeil magnétique on peut avoir avec elle des relations intimes dont elle n'ait pas conscience au moment où elles s'accomplissent.

3) Qu'il est possible que par l'effet magnétique, la sensibilité soit assez émoussée et la volonté suffisamment annihilée chez une jeune fille, pour qu'en dehors du sommeil magnétique complet, elle n'ait plus la liberté morale nécessaire pour s'opposer à des relations intimes ou pour y donner un consentement intelligent."

C'est nous qui soulignons la seconde conclusion parce qu'elle nous paraît la seule vraiment fondée. Quant à la troisième on ne pourrait pas actuellement la défendre au point de vue médico-légal, telle qu'elle est formulée par MM. *Auban* et *Roux*.

Nous trouvons dans l'ouvrage de *Tardieu*, cité plus haut, la relation d'un troisième cas de viol chez une jeune fille de quinze ans et demi par un prétendu médecin magnétiseur, cas sur lequel l'éminent médecin légiste a été appelé à donner son avis.

Voici comment s'exprime *Tardieu* (Etude médico-légale sur les attentats aux moeurs, 7e. édition 1878, page 99):

„Une jeune fille de quinze ans et demi se plaignait d'avoir été violée par un prétendu médecin magnétiseur. Cette jeune fille, très forte, complètement formée, m'avait offert la déchirure de l'hymen, l'élargissement de la vulve et tous les caractères d'une défloration ancienne. Je laisse parler la plaignante: „Le 3 Juillet 1866, dans son cabinet, G. me fit asseoir, et il commença par m'électriser un peu, je vis alors qu'il faisait devant ma figure des signes qui ressemblaient à des passes magnétiques, mais elles n'eurent sur moi aucune influence; et alors, avec les appareils électriques (l'un des aboutissants des courants se trouvait dans la main gauche de C. (la jeune fille) et l'autre avait été placé par G. dans son dos), il m'a

donné de nouvelles décharges électriques beaucoup plus fortes que celles reçues antérieurement. Le résultat de cette nouvelle épreuve fut de me paralyser entièrement. Je ne pouvais plus remuer aucun membre, et il m'était impossible de desserrer les dents, ni de pousser un cri. G. alors s'est mis à genoux devant moi, il m'a prise par les jambes et m'a tiré sur le bord du fauteuil: il a relevé mes jupons, écarté mes jambes, regardé mes parties, puis il y a porté la main, et y a introduit un doigt; son doigt a pénétré de la longueur de la première phalange. Cette première introduction ne me fut pas très douloureuse, mais il a alors déboutonné son pantalon, en a tiré son membre, qu'il a approché de mes parties et qu'il a fait pénétrer de la longueur d'un demi-doigt; il poussait directement; je souffrais horriblement sans pouvoir opposer de résistance, ni pousser un cri; il s'est retiré volontairement, je suppose que c'est parce qu'il lisait sur mon visage les vives souffrançes que j'éprouvais."

„Après avoir recueilli ce témoignage", continue *Tardieu*, „le magistrat éclairé à qui était confié l'instruction de l'affaire, me faisait l'honneur de m'adresser l'ordonnance suivante:

„Attendu que cette partie de la déclaration de C. soulève des questions scientifiques dont il importe d'obtenir la solution d'un homme de l'art compétent, et qu'il est nécessaire de déterminer:

1) L'influence de l'électricité sur une jeune fille de l'âge et de la constitution de C. à l'effet de savoir si elle peut paralyser absolument les mouvements et empêcher la voix de se produire.

2) L'influence de l'électricité réunie au magnétisme, car C. déclare que G. lui a fait des passes magnétiques; si elle ajoute qu'elle n'en a reçu aucune influence n'a-t-elle pas pu se produire à son insu? Quel serait alors le résultat de l'électricité et du magnétisme ainsi combinés?

3) La déclaration en un mot de la jeune C. est-elle en accord ou en désaccord avec les données de la science?"

Voici les conclusions formulées par *Tardieu* en réponse à ces questions:

„1) L'électricité de quelque manière qu'elle ait été appliquée sur une jeune fille de l'âge et de la constitution de C. et dans les circonstances où elle prétend y avoir été soumise, n'a pu, dans aucun cas, produire les effets qu'elle dit avoir éprouvés ni paralyser absolument les mouvements, ni empêcher la voix de se produire.

„2) La combinaison de l'électricité et des prétendus passes magnétiques n'a pu rien ajouter à ces effets, et aucune influence particulière n'a pu en résulter qui se serait produite à l'insu de cette jeune fille.

„3) La déclaration de la jeune C. est en désaccord formel avec les données les plus positives et les plus élémentaires de la science."

Un quatrième cas de viol pendant l'hypnotisme, le plus récent et le plus instructif, et qui a pour nous une grande valeur par le fait des aveux de l'inculpé, est celui qui a été publié par M. le docteur *Brouardel*, professeur de médecine légale à Paris, dans les Annales d'hygiène publique et de médecine légale, IIIe. série No. de Janvier 1879, tome I. Voici dans quelles singulières conditions

M. le président des assises a été engagé à demander l'opinion de M. le professeur *Brouardel.* [1])

À la fin du mois d'Avril 1878, Mme. B., blanchisseuse à Rouen, âgée d'une quarantaine d'années, accompagnée de sa fille Berthe, âgée de 20 ans, déposait au parquet de Rouen une plainte contre le dentiste Levy, qu'elle accusait d'avoir commis le crime de viol sur sa fille.

Certains détails fournis par la mère ôtaient à cette plainte toute apparence de vraisemblance. La mère déclarait avoir été présente pendant toute la durée des séances que sa fille avait faites chez le dentiste, et elle disait n'avoir rien vu, rien soupçonné pas plus que sa fille, jusqu'au moment où Levy lui-même avait instruit celle-ci des actes qu'il avait commis sur sa personne.

Tant de naïveté autorisait quelque scepticisme, mais dès la première confrontation avec l'accusé la doute sur la réalité des actes commis ne fut pas possible. Devant le juge d'instruction Levy fit cet aveu étonnant:

„Oui, vous étiez pure, vous étiez vierge, vous avez cru dans votre naïveté que ce que je faisais était nécessaire, et vous n'avez pas résisté. Sauvez moi, sauvez ma femme et mes enfants, dites que je ne vous ai pas violée et je vous donne tout ce que je possède.“

Un fait était donc constant, dit M. *Brouardel*, l'accusé avait eu des rapports avec la fille B. en présence de sa mère, celle-ci ne se doutant de rien; il restait à déterminer si la fille B. avait consenti à ces rapprochements ou si elle avait subi les approches de *Levy* pendant le sommeil sans en avoir conscience.

M. le prof. *Brouardel* fut commis pour dire: „Si, au moment où les faits se sont produits, la fille B. se trouvait par une cause quelconque dans l'impossibilité d'apprécier ce qui se passait et de donner son consentement aux actes commis sur sa personne.“

Au moment où M. *Brouardel* examina la jeune fille, elle était enceinte de cinq mois et fortement troublée par les événements survenus. Le professeur réussit avec la plus grande facilité à provoquer chez elle à plusieurs reprises le sommeil hypnotique. Il conclut qu'on peut se demander, à titre d'hypothèse, si, au moment où se sont produits les faits dont est inculpé le dentiste Levy, la fille Berthe B. ne s'est pas trouvée plongée dans un état de sommeil nerveux et par suite dans l'impossibilité de connaître ce qui se passait et de donner son consentement aux actes commis sur sa personne.

On voit que M. *Brouardel* est arrivé dans l'examen de ce cas aux mêmes conclusions que *Devergie* et *Tardieu;* conclusions adoptées unanimément jusqu'à ce jour par tous les médecins experts qui ont été appelés à se prononcer sur la question.

Toute réserve faite sur les possibilités de simulation, ce quatrième exemple doit donc être joint aux trois précédents qui prouvent qu'une fille peut être violée pendant que sa volonté est abolie par un état de sommeil nerveux ou hypnotique.

[1]) Commentaires de médecine légale par *Brouardel*, à la suite de la traduction française des Nouveaux élements de *Hoffmann*, traduits par le Dr. *Lévy.*



M. *Brouardel* remarque que l'analyse de l'état nerveux de Berthe B. faite par lui en 1878, serait considérée aujourd'hui comme insuffisante après les recherches de M. *Charcot*. Il est possible actuellement, dit-il, de distinguer la simulation de la réalité et ce diagnostic peut être fait à l'aide de signes assez nets pour que l'expert aie une conviction ferme et les moyens de la faire partager aux autres. — Toutes les recherches et les expériences que nous avons faites depuis plus d'une année et qui sont consignées dans la „Névrose hypnotique" confirment absolument ces assertions.[1])

(A suivre.)

Einige Bemerkungen über Eczem, Catarrh und Asthma.

Von Dr. **C. Amsler**, Arzt in Bad Schinznach.

Von alten Zeiten her sind die chronischen Hautkrankheiten diejenigen Leiden gewesen, welche in den Bädern von Schinznach am häufigsten zur Behandlung kamen. Es stand mir daher ein weites Feld der Beobachtung offen, auf welchem ich nicht nur diese Krankheiten an und für sich, in ihren verschiedenen Stadien und Complicationen wahrnehmen, sondern auch die Ansichten über Ursachen und Wesen kennen lernen konnte, wie sie bei den Aerzten der verschiedenen Nationalitäten herrschen.

Von allen Formen der chronischen Hautkrankheiten kommt das Eczem am häufigsten vor und ich erlaube mir, einige eigenthümliche Complicationen desselben hier mitzutheilen.

Es ist mir in meiner badärztlichen Praxis seit Jahren aufgefallen, dass so viele Hautkranke, die in Schinznach Heilung suchen, zugleich an Rachen- und Bronchialcatarrhen, ja sogar, wenn auch in geringerer Häufigkeit, an asthmatischen Beschwerden leiden. Ein Rachencatarrh ist allerdings keine schwere Krankheit, aber er breitet sich oft nach oben oder nach unten, gegen den Nasenrachenraum oder gegen den Kehlkopf hin aus; die bekannten Granulationen produciren ein reichliches, eitrig-schleimiges Secret, welches die Kranken nicht wenig belästigt; Fasern des Nervus vagus gehen zur Schleimhaut des Schlundes, welche im kranken Zustande sehr empfindlich ist und leicht auf dem Wege des Reflexes Husten und selbst Schlingbeschwerden veranlasst. In höherem Grade gilt dies von dem chronischen Catarrhe des Kehlkopfs und der Bronchien, weil sich zu den genannten Beschwerden noch Heiserkeit und Engathmigkeit hinzugesellen.

Unter den Asthmatikern treffen wir nicht nur Erwachsene jeden Alters, sondern auch Kinder an, welche sonst ziemlich selten mit Asthma behaftet sind. Ich habe Fälle beobachtet, wo Eczem und Asthma, sowohl beim Auftreten als auch bei der Heilung proportional neben einander herliefen; aber auch andere, welche Jahre lang in höchst merkwürdiger Regelmässigkeit alternirten, so dass z. B. das Hautjucken aufhörte und das Eczem heilte, dagegen ein heftiger Bronchialcatarrh mit peinlicher Orthopnœ eintrat, welcher unter schliesslicher Expectoration ver-

[1]) La névrose hypnotique ou le magnétisme dévoilé par le Dr. *Ladame* (Librairie Jules Sandoz, 1881, Neuchâtel et Genève).



schwand, bis wiederum, und zwar in einem Turnus von 3—4 Wochen, die äussere Haut erkrankte.

Ich war *Hebra*'s Schüler und habe seiner Zeit auf den Ausspruch, dass Eczeme nur locale Krankheitsprocesse seien, so fest geschworen, wie Dutzende meiner Collegen; aber allmälig sind mir doch die Bedenken aufgestiegen, ob der berühmte Reformator der Dermatologie nicht zu weit gegangen sei. In Deutschland wurde *Hebra*'s Ansicht meines Wissens bis jetzt nur schüchtern angezweifelt, während die französischen und englischen Aerzte derselben nie unbedingt beigetreten, vielmehr öfter energisch entgegengetreten sind. Letztere machten auf das oft so frappante, symmetrische Auftreten des Eczems aufmerksam, welches z. B. an beiden Ohren, an entsprechenden Stellen beider Körperhälften, an beiden Händen, an einzelnen entsprechenden Fingern, ja sogar an Ulnar- oder Radialseite des einzelnen Fingers erscheint; ferner wurde darauf hingewiesen, dass physiologische oder pathologische Alterationen Eczeme bald zum Ausbruche, bald zum Verschwinden bringen können; ja dass selbst rein psychische Affecte, sogar heiterer Art, solche veranlassen. Es müssen also die Nerven beim Entstehen solcher Erscheinungen wesentlich interveniren.

Als die Fruchtlosigkeit der Localbehandlung den Dr. *G. Passavant* in Frankfurt auf den originellen Gedanken führte, äusserst hartnäckige Fälle von Psoriasis und Eczema squamosum mittelst absoluter Fleischkost zu behandeln, war er erstaunt zu bemerken, dass jeweilen coexistirende chronische Rachencatarrhe mit der Heilung jener Hautkrankheiten gleichen Schritt hielten. In Bestätigung dieser Beobachtungen füge ich bei, dass ich selber in zwei Fällen das Verschwinden einer sehr ausgedehnten Psoriasis nach sechswöchiger absoluter Milchdiät beobachtet habe, welche wegen Magenleiden und ohne alle und jede gleichzeitige Behandlung der bestehenden Hautkrankheit unternommen worden war. Ich beeile mich zu sagen, dass in meinen Fällen, wie in denjenigen *Passavant*'s die Haut einige Monate nach Aenderung der Diät wiederum in gleicher Weise erkrankte.

„Sind diese Krankheiten", schloss *Passavant* in seinem offenen Briefe an *Hebra*, „in einer fehlerhaften Ernährung bedingt, so liegt die Vermuthung nahe, dass dieselben ebenso gut, wie sie zu einer enorm vermehrten Absonderung von Epidermis Veranlassung zu geben pflegen, in einem andern Falle zu einer vermehrten Absonderung von Epithelium führen können." Im grundsätzlichen Einverständniss hiemit ist sodann der Catarrh ein Eczem der Schleimhaut und das Eczem ein Catarrh der äussern Haut genannt worden; wenn man eine Psoriasis buccalis aufstellt, so ist jedenfalls nur ein kleiner Schritt zu einem Eczema faucium.

Unsere Vorfahren hielten fest daran, dass nach dem Zuheilen lange dauernder Beingeschwüre innere Krankheiten entstehen können. Nachdem wir gelehrt worden, diesen „Aberglauben" den Krasen und Metastasen nachzuwerfen, haben wir neuerlich durch Dr. *Fischer* erfahren, dass das Zuheilen eines alten Geschwürs allerdings die Erkrankung innerer Organe, z. B. amyloide Degeneration herbeiführen könne; es soll Albuminurie eintreten, welche nach *Hueter* einen gewissen compensirenden Charakter gegenüber der beseitigten Secretion des Hautgeschwürs hätte. Das „Zurücktreten" der frühern und die „Metastasen" der spätern Aerzte

würden hier ihre Erklärung und, wenigstens der Idee nach, ihre Rechtfertigung finden.

Aeltere und neuere ausgezeichnete Kliniker deutscher und französischer Nationalität wie *Schönlein*, *Bouillaud*, *Trousseau*, *Sée* etc. haben ein Asthma psoricum, ein asthme dartreux angenommen; *F. Niemeyer* glaubt an die Möglichkeit einer Wechselwirkung zwischen Eczem und innern Erkrankungen, z. B. Magen- und Brustleiden. Der „Antagonismus“ zwischen der äussern Haut und den Schleimhäuten in physiologischen und pathologischen Zuständen ist ausserdem genugsam bekannt und wird therapeutisch verwerthet.

Während *Bergson* und *Biermer* glauben, das Asthma bronchiale sei eine rein nervöse Erkrankung, bei welcher durch Reizung des Nervus vagus ein tonischer Krampf der Bronchialmuskeln hervorgerufen werde, negirt *Störk* diese Anschauung und sucht zu beweisen, dass das Asthma bronchiale auf einer primären, acuten Anschwellung der Schleimhaut der Bronchiolen beruhe. Wenn man aber dem Einathmen von Rauch, Staub, Ipecacuanhapulver etc. plötzliche asthmatische Anfälle folgen sieht, so dürfte wohl vielmehr angenommen werden, dass die Reizung des Vagus einen Reflexkrampf ausgelöst, als dass krankhafte Schwellung der Schleimhäute den Eintritt der Luft in so hohem Grade erschwert habe.

Es kann nun aber auch andere krankmachende Agentien geben. Nennen wir die Ursache der oben erwähnten Wechselwirkung zwischen äusserer Haut und Schleimhaut „herpetische Diathese“, welche bald da, bald dort Exsudate um die Nervenenden setzt, so dürfte alsdann eine ähnliche Reflexwirkung, wie bei directer, von aussen stammender Einwirkung ausgelöst werden. Exacte Forscher haben angenommen, dass es die Harnsäure sei, welche im Ueberschusse mit dem Blute circulirend, die normalen Ernährungsverhältnisse der Zellen krankheitlich störe und haben durch subcutane Injectionen von Harnsäure den Versuchsthieren Hautjucken und Husten verursacht, welche so lange dauerten, bis das physiologische Gleichgewicht der Säftemischung wieder hergestellt war *(Giggo-Suard)*.

Es sind hier offenbar noch Räthsel zu lösen, deren Entwirrung wohl den Physiologen zufällt, während wir Aerzte die Thatsachen beobachten und registriren.

So füge ich diesen theoretisch-practischen Bemerkungen noch einige therapeutische Notizen bei, welche meinen Erfahrungen an der Schwefelwasserquelle zu Schinznach entfallen.

Während die ältern Aerzte den Schwefel in der Behandlung von Hautkrankheiten, chronischen Brustcatarrhen und Asthmaformen sehr hoch hielten, achtete die Wiener Schule, auf ihr System basirend, denselben geringer, als die französischen Aerzte, welche nie aufgehört haben, die Schwefelwasser ihrer Pyrenäen bei den genannten Zuständen in umfassender Weise zu benützen.

In dem Thermalwasser von Schinznach [1]) werden alle Eczemformen besser. Schon nach wenigen Bädern hört das oft so peinliche Jucken auf, die Krusten fallen ab, die nässenden Flächen trocknen, die Geschwüre heilen, die infiltrirte Haut wird normal. Es ist freilich wahr, dass eine gewisse Anzahl von Eczemen

[1]) Nach der neuesten Analyse der Herren Prof. *Oberlin* und *Schlagdenhauffen* in Nancy enthält es Arsenik.



nach kürzerer oder längerer Zeit wieder recidivirt, aber in solchen Erfahrungen theilt Schinznach das Schicksal mit den trefflichsten Anstalten der Specialisten, deren „geheilte Eczeme“ ich hier oftmals wieder gesehen habe.

Je frischer und acuter im Allgemeinen eine eczematöse Eruption ist, um so weniger ist auf baldige Radicalheilung zu hoffen; je dünner die Epidermis, je zarter die Haut, je empfindlicher das Nervenleben, um so leichter können Nachschübe hervorbrechen. Alte Eczeme dagegen, schilfernd, juckend, mit infiltrirter Cutis und trockener, hypertrophischer Epidermis werden bei richtiger Anwendung der Schwefelbäder viel eher geheilt.

Ich kann nicht unterlassen zu betonen, wie den mit Bronchialcatarrh, Asthma oder Emphysem behafteten Kranken selber das Behagen und die erleichterte Respiration auffällt, welche sie beim Eintritt in die gaserfüllten Räume des neuen Curhauses empfinden. Dieselbe wohlthätige Empfindung und schliessliche Heilwirkung erzeugen methodische Inhalationen von Schwefelwasser in Verbindung mit Trink- und Badecur bei nicht allzu hochgradigen und empfindlichen Asthmatikern und Emphysematikern.

Wirken hier die feuchte Luft, deren Wärme, die anästhesirende Eigenschaft der Kohlensäure, deren Reiz auf die erschlafften Lungenzellen direct und örtlich, so helfen angemessene Vollbäder durch Innervation und Erhöhung des peripheren Kreislaufs innere Organe gleichsam entlasten.

Bei anomaler Säftemischung, möge sie sich auf den Schleimhäuten oder auf der äussern Haut manifestiren, wird durch den Einfluss des Schwefelwassers ein vermehrter Stoffumsatz veranlasst, welcher auf Herstellung des Gleichgewichts, der Gesundheit abzielt. Wenn schon die Eigenschaft des Schwefelwasserstoffs, dem Körper Sauerstoff zu entziehen, den Zerfall der Eiweissverbindungen begünstigt, so kommen noch Herabsetzung der Herzthätigkeit und der Athmung durch salz- und gashaltige Bäder hinzu, um die Zufuhr von Sauerstoff noch mehr zu beschränken. Nicht nur die vorübergehende Anämie und Gewichtsverminderung, sondern auch die vermehrte Harnstoffausscheidung, welche einen Maassstab für den Zerfall der Eiweisskörper darstellt, beweisen jenen Zerfall. Da im normalen Zustande des thierischen Körpers ein fortwährender Zerfall von Eiweiss stattfindet, welcher durch die wesentlichen Endglieder in der Metamorphose des Stoffwechsels, durch Harnstoff, Kohlensäure etc. controlirt wird, so beweist also eine vermehrte Ausscheidung dieser letztern einen erhöhten Eiweisszerfall. Dr. *Güntz* in Dresden hat gefunden, „dass unter dem Einfluss des Schwefelwassergenusses die in 24 Stunden ausgeschiedene Harnstoffmenge die Norm um das Doppelte und mehr übersteigen kann. Während einerseits die Trinkcur chemisch die Zersetzung des Eiweisskörpers fördert, lösen sie anderseits die salzhaltigen Bäder physicalisch auf dem Wege der Nervenbahnen aus.“

Nehmen wir an, dass die „herpetische Diathese“ auf abnormen Verhältnissen des Harnstoffs und seiner Verbindungen im Körper beruhe, so wäre damit theils das Verhalten des herpetischen Princips im Organismus, theils auch seine Beeinflussung durch Schwefelwassercuren der Erklärung oder wenigstens der Vorstellung näher gerückt.

Vereinsberichte.

Ordentliche Winterversammlung der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft des Cantons Bern.

Samstag, den 17. December 1881, Vormittags 10½ Uhr, im Casino in Bern.
Präsident: Prof. Dr. *Kocher*, Secretär: Prof. Dr. *Pflüger*.
Anwesend 68 Mitglieder und zahlreiche Gäste.

1. Vortrag von Prof. *Kocher*: Die Indicationen zur Kropfexcision beim gegenwärtigen Stande der Antisepsis (erschien in extenso im Corresp.-Blatt Nr. 8 und 9).

Discussion: Prof. Dr. *Carl Emmert* berichtet über 5 derartige Operationen, welche er in der Insel ausgeführt hat, 3 gute Erfolge und 2 Todesfälle, welch' letztere wesentlich auf Complicationen zu schieben waren. *Emmert* will nicht so weit gehen wie *Kocher* und die Operation eines uncomplicirten Kropfes schlechtweg als gefahrlos hinstellen, mit Rücksicht auf die individuellen Verschiedenheiten in der Reaction verschiedener Individuen gegen operative Eingriffe, mit Rücksicht ferner auf die äussern Verhältnisse, unter denen operirt wird. Dieselben sind nicht überall so gegeben, wie der heutige Standpunct der Chirurgie sie verlangen muss. Der Statistik gewisser Operateure traut *Emmert* nicht ganz. *Kocher* hält für den Erfolg der Operation die Antisepsis für maassgebend, verschiedene Methoden sind gut, er hält sich an die Chlorzinkbehandlung trotz der negativen Resultate der jüngsten Untersuchungen von *Koch* über diesen Gegenstand; der klinische Erfolg spricht für dieselbe. Immerhin ist nicht jeder Kropf zu operiren, alle Fälle, welche sich präsentiren, haben immer ihren guten Grund, Respirationsbeschwerden, Ueberdruss der Lebensstellung etc. Gewisse unglückliche Zufälle können hier so wenig als bei andern Operationen maassgebend für die Indication der Operation sein. Er glaubt daher seinen Schlusssatz vollständig aufrecht halten zu können.

Dr. *P. Niehans*, in Uebereinstimmung mit Prof. *Kocher*, schreibt die guten Erfolge der neuesten Zeit auf Rechnung der Fortschritte in der Antisepsis; unter 3 Fällen hat er 2 totale und 1 partiellen Erfolg zu verzeichnen.

Lichtheim spricht sich über die Controverse zwischen *Koch* und *Kocher* aus. *Koch* unterscheidet zwischen antibacteritischer und antiseptischer Wirkung; es ist nicht unmöglich, dass gewisse Mittel weniger die Microorganismen zerstören, als die schädliche Wirkung ihrer Producte aufheben. Aus demselben Grunde erklärt sich *Lichtheim* die Bezeichnung „putride Infection“ von *Kocher*. Die Versuche von *Koch* hält er nicht für ganz unanfechtbar. *Lichtheim* glaubt, dass der grösste Theil der schönen Erfolge der neuern Chirurgie auf ihre grossartige Reinlichkeit zu schieben ist.

Kocher will die Contact- und Spontaninfection auseinander halten; er hat die Versuche von *Koch* wiederholt und gefunden, dass Fleisch in Chlorzink weniger rasch fault als in manchen der anerkannten Antiseptica, wie Sublimat und Jodlösung etc. Die Gewebe sollen nicht nur gereinigt, sondern auch derart verändert

werden, dass in der nächsten Zeit die Entwicklung der Microorganismen hintangehalten wird.

Nencky vertritt die Ansicht, dass wir unterscheiden müssen zwischen Abtödtung von entwickelten Coccen und der Verhinderung der Sporenreifung. Das Gewebe des Thierkörpers enthält immer Sporen von Bacterien, das Chlorzink von *Kocher* verhindert wahrscheinlich die Entwicklung der Sporen.

2. Prof. *Grützner* spricht über den sog. thierischen Magnetismus und gedenkt in der historischen Einleitung der von *Mesmer* und seinen Schülern aufgefundenen Thatsachen, die sich, wenn man von dem mystischen Beiwerk absieht, etwa dahin zusammenfassen, dass viele Individuen durch bestimmte Striche, Berührungen oder Anstarren von Seiten des Magnetiseurs in einen Schlafzustand, der oft mit absoluter Unempfindlichkeit verbunden war, verfielen, beziehungsweise eigenthümliche Krampferscheinungen (Krisen) zeigten, die als heilkräftig angesehen wurden. In diesem magnetischen Schlafe waren die betreffenden Personen willenlos und dem Willen des Magnetiseurs vollständig unterworfen.

Weiter wurden die lange bekannten Experimente an Thieren erwähnt (Experimentum mirabile Kircheri 1640), die neuerdings von *Czermak*, *Preyer* und *Heubel* genauer studirt wurden, und sich dadurch charakterisiren, dass bei vielen Thieren (Meerschweinchen, Kaninchen, Pferden, insonderheit Vögeln) durch gewisse Manipulationen sehr leicht und schnell schlafähnliche (hypnotische) Zustände erzeugt werden können. Die Thiere verharren scheinbar willenlos in den verschiedenartigsten Stellungen und Lagen, ohne sich zu rühren und zeigen, auf irgend eine Weise ermuntert, sofort wieder ihr normales Verhalten.

Schliesslich bespricht der Vortragende die überaus wichtigen Versuche von *Braid* aus Manchester, die vor etwa 40 Jahren in wissenschaftlicher Weise angestellt wurden und ergaben, dass namentlich das Fixiren glänzender Gegenstände mit convergenten, nach oben gerichteten Sehaxen im Stande ist, viele Leute in den hypnotischen Zustand zu versetzen. Obwohl also eine überaus grosse Menge wichtiger Thatsachen auf diesem Gebiete schon seit lange bekannt war, blieben dieselben doch ziemlich unbeachtet. Erst durch das Auftreten des dänischen Magnetiseurs Hansen gerieth die Frage wieder von Neuem in Fluss, indem wesentlich *Weinbold* in Chemnitz und *Heidenhain*, *Hermann*, *Cohn*, *Berger*, sowie der Vortragende in Breslau eingehende Untersuchungen über den Hypnotismus bei Menschen vornahmen.

Die Symptome des Hypnotismus sind fast an jedem Individuum verschieden. So wenig ein Arzt an 2 oder 3 Typhusfällen alle Begleit- oder Folgekrankheiten beobachten kann, die sich dem Typhus beigesellen, so wenig darf man an zwei oder drei Hypnotisirten alle Erscheinungen dieses wunderbaren Zustandes zu sehen hoffen, die überhaupt an Hypnotisirten, namentlich an dem grossen Breslauer Material beobachtet worden sind.

Die Muskeln der Hypnotisirten zeigen, wenn die über ihnen liegende Haut in bestimmter Weise gestrichen wird, eigenthümliche Contractionsphänomene, sie gerathen entweder in eine mässige Spannung, so dass die Glieder ziemlich leicht in jede beliebige Stellung gebracht werden können und in dieser verharren (Flexibi-



litas cerea) oder in den heftigsten Tetanus, der viel kräftiger ist, als ein willkürlich erzeugter.

Die Sinnesorgane zeigen der Regel nach zwei Stadien. In dem ersten besteht, wie *Berger* nachgewiesen, eine ausserordentliche Erhöhung der Empfindlichkeit. Die Tastkreise sind verkleinert, die Seh- und Hörschärfe oft erstaunlich vergrössert. Hierher gehört wohl auch die Beobachtung *Cohn*'s, dass ein Farbenblinder Farben, die er sonst nicht von einander unterscheiden konnte, in diesem Zustande als verschiedene erkannte.

Im zweiten Stadium dagegen kehren sich die Erscheinungen um. Alle Sinnesorgane sind im höchsten Maasse abgestumpft. Das Auge wird stark kurzsichtig und farbenblind, das Gehör schwindet, das Gefühl ist so abgestumpft, dass man eckige Körper (Octaeder, Würfel) für Kugeln hält und warme von kalten Gegenständen nicht unterscheidet. Der Geschmack ist aufgehoben. Es besteht vollständige Unempfindlichkeit, so dass selbst die schmerzhaftesten Verletzungen nicht wahrgenommen werden.

Das Bewusstsein pflegt stets mehr oder weniger umnebelt, mitunter ganz ausgelöscht zu sein. Meistens erinnern sich die Hypnotisirten nach kürzerer oder längerer Zeit an Alles, was mit ihnen in der Hypnose vor sich gegangen.

Abhängig von dieser Depression des Bewusstseins, diesem Torpor der Hirnrinde, sind:

a) gewisse Reflexbewegungen, die wie bei einem decapitirten Frosche regelmässig und maschinenmässig auftreten;

b) Nachahmungsbewegungen, die verschieden in ihrer Art theils mehr grob, theils ausserordentlich fein sind. Nachsprechen (Echosprache) wird hierbei häufig beobachtet *(Berger)*, vornehmlich dann, wenn zu gleicher Zeit die Haut des Nackens, der Magengrube oder des Kehlkopfes (Vagusausbreitungen) gereizt werden;

c) die Aufhebung des Willens. Die Hypnotisirten werden einfache Befehlsautomaten, die Alles ausführen, was man ihnen befiehlt, namentlich wenn man sie zugleich berührt oder leise auf dem Kopfe hin und her streichelt;

d) Hallucinationen, die man leicht künstlich hervorrufen kann. Sie sind oft von ausserordentlicher Lebhaftigkeit und kehren dann in den Träumen wieder.

Besondere Erwähnung verdient noch der halbseitige Hypnotismus, die Beeinflussung einer Gehirnhälfte. Striche über eine Scheitelbälfte erzeugen bei Hypnotisirten und völlig wachen Individuen Schlaffheit der entgegengesetzten Körperhälfte, so dass der Wille auf diese Muskeln keinen Einfluss hat. Striche über das linke Scheitelbein bedingen Aphasie. Zu gleicher Zeit werden die Sinnesorgane der nicht gestrichenen Seite afficirt.

Die Mittel, den Hypnotismus zu erzeugen, haben alle das Gemeinschaftliche, dass sie einförmige, gleichmässige, lang andauernde Reize des Gesichts, Gefühls oder Gehörs darstellen. So wirken das Anstarren glänzender Gegenstände (des Hansen'schen Knopfes), das gleichmässige Ticken einer Uhr, das Geräusch fallender Wassertropfen und die „magnetischen Striche" hypnotisirend.

Doch tritt die Hypnose nur ein bei einer bestimmten Gemüthsverfassung. Jeg-

liche starke Erregung (Angst, Heiterkeit, anderweitige zerstreuende Gedanken) erschweren oder verhindern ihr Zustandekommen; daher die vielen Misserfolge, wenn man nicht versteht, diese Bedingungen erfüllen zu lassen. Besitzt dagegen ein für den Hypnotismus empfängliches Individuum die Fähigkeit, sich in der Weise zu concentriren, wie eben angegeben, so verfällt es spontan in die Hypnose (Selbstmagnetisiren). Zudem spielt natürlich die Individualität überhaupt eine grosse Rolle. Unter 10 jungen männlichen Individuen fand Vortragender durchschnittlich einen, der beim ersten Male durch die genannten Proceduren hypnotisirt wurde.

Die Mittel, den Hypnotismus zu beseitigen, sind einfach; sie bestehen in andern Reizen, als in denen, welche ihn erzeugt. Am besten und schnellsten wirkt Anblasen des Gesichts.

Die Erklärung dieser Zustände ist, soweit man überhaupt selbst bei physiologischen Vorgängen im Hirn von einer Erklärung sprechen kann, wohl folgende.

Der Hypnotismus ist ein durch einförmige Reize herbeigeführter Ermüdungszustand der Hirnrinde, des Organs des bewussten Wollens und Empfindens, während niedere Hirntheile in ihrer Thätigkeit nicht herabgesetzt, ja sogar erhöht sind.

Zum Schluss richtet der Vortragende die Aufmerksamkeit der Aerzte auf die physiologische und pathologische Bedeutung der hypnotischen Zustände, sowie auf deren therapeutische Verwendung. Beseitigung bestimmter Krämpfe gelingt durch dieselben einfachen Kunstgriffe, die auch die Krämpfe Hypnotischer aufheben; das Centralnervensystem kann durch oder in Folge von hypnotischen Beeinflussungen beruhigt werden; es tritt tiefer, erquickender Schlaf ein. Bewegungen werden von Muskeln ausgeführt, auf die der Wille nicht mehr wirkt, also bei gelähmten Extremitäten, wenn in Folge Nachahmungszwanges dergleichen Bewegungen ausgelöst werden.

An seinen Vortrag anschliessend demonstrirt der Vortragende eine Reihe hypnotischer Erscheinungen an mehreren Studenten. Es wurde gezeigt die Muskelstarre, Unfähigkeit zu sprechen, wenn die Sprechmuskeln beeinflusst waren, die Aufhebung der Sensibilität, die Hallucinationen (die Betreffenden sahen Hunde, Pferde, Mäuse, assen rohe Kartoffeln in der Meinung, einen wohlschmeckenden Apfel zu verzehren), führten die gegebenen Befehle aus (Befehlsautomatie). Der halbseitige Hypnotismus trat deutlich in folgendem Experiment zu Tage. Ein Hypnotisirter sass mit ausgestreckten steifen Armen auf einem Stuhl; mit jedem Strich, der über eine Scheitelhälfte geführt wurde, sank der entgegengesetzte Arm herab, bis er schlaff herabhing. Der Betreffende wusste nach dem Erwachen nicht, was mit ihm geschehen.

3. Wahlen. Das bisherige Comité (*Kocher*, Präsident, *Pflüger*, Secretär, *Dubois*, Cassier, *Ziegler* und *Wyttenbach*, Beisitzer) wird mit grosser Majorität bestätigt.

Der vorgerückten Zeit wegen mussten die übrigen Tractanden verschoben werden. Ein Theil derselben wurde noch beim Mittagessen nachgeholt, indem Dr. *Paul Niehans* als Entremets einen Fall von linksseitiger Patellafractur, durch die Naht nach *Kocher*'s Verfahren geheilt, vorstellt.



Chr. M., 54 Jahre alt, Landarbeiter, kräftiger Mann. — Am 20. März 1881 Abends Fall auf's linke Knie (Stoss von hinten), Unmöglichkeit wieder aufzustehen.

Eintritt in den Inselspital am 22. März Mittags. Gelenk mit Blut prall gefüllt, bedeutende Auschwellung der ganzen Gelenkgegend. Querfractur dicht unterhalb der Mitte der Patella. Am 23. März Naht nach *Kocher*. Incision am obern Rand der Patella, gestielte krumme Nadel dicht an diesem eingestochen, unter der Patella durchgeführt und dicht am untern Rande wieder ausgestochen; Einfügung eines ziemlich dicken Silberdrahtes, mit der Nadel durch das Gelenk gezogen. Hierauf Entleerung des letztern mittelst Auspressen der Blutcoagula durch die zu Anfang gemachte Incision am obern Rande der Patella. Alsdann beide Fragmente genau an einander gefügt, den Silberdraht festgeknotet. — Die ganze Operation in Chloroformnarcose und unter strenger Beobachtung des *Lister*'schen Verfahrens ausgeführt. — Lagerung in einer Cartoncapsel.

Nach 10 Tagen wurde der inzwischen durch Einschneiden beiderseits etwas gelockerte Silberdraht wieder fester geknotet. — Verlauf vollkommen aseptisch, ohne die geringste Reaction. — Nach 4 Wochen Entfernung des Drahtes. — Nach 7 Wochen verliess Patient das Bett.

Entlassung am 13. Juni 1881 mit *Wolfermann*'schem Gehapparat. Fragmente fest vereinigt. Active Beugung im Knie bis zur Hälfte der normalen Excursion. Gelenkgegend noch etwas verdickt.

November 1881. Vollkommen feste, knöcherne Vereinigung bestätigt. Patient verrichtet wieder schwere Arbeit. —

Bei der heutigen Vorstellung (17. December) vollkommen knöcherne Vereinigung in bester Lage der Fragmente neuerdings bestätigt. Function vortrefflich.

In den Gesellschaftsverband aufgenommen wurden unser Ersatzmann für *Valentin*, Prof. Dr. *Grützner*, ferner die Herren *Brügger*, *Roux*, *Bourquin* und *Wilhelm*.

Dem 2. Act verlieh eine aussergewöhnliche Weihe die Enthüllung des in Marmor von Carrara durch Bildhauer Lanz zur allgemeinen Befriedigung ausgeführten Büste von unserm l. Dr. *Schneider* sel., der mit seltener Treue und Hingebung Jahrzehnte als Präsident unsern Verein geleitet hatte. Es war als ob der Stein einige herzliche Freundesworte zu uns sprechen müsste. Nach einer warmen Ansprache von Prof. *Kocher* über die Bedeutung und Verdienste Dr. *Schneider*'s um das engere und weitere Vaterland, um die leidenden Mitmenschen, als auch um die Collegen des ärztlichen Standes, verliest *Pflüger* noch folgendes von der bekannten Berner Dichterin, welche schon den Todestag *Schneider*'s in den Alpenrosen besungen hatte, für den feierlichen Act der Büstenweihe verfasste Gedicht.

Dr. J. R. Schneider.

Es weiht mit ernstem Grusse ihre Jünger
Die Wissenschaft. — Mühsam aus tiefem Schacht
Holt sich Erkenntniss, wer den Gruss verstanden;
Doch oft eh' sich des Goldes Stufen fanden,
Versinkt die Leuchte in der alten Nacht.

Er hat sie hell in fester Hand behalten,
Er, dessen treugeliebte Freundeszüge
Des Künstlers Hand in edlen Marmor bannte,
Dass zur Erinnerung das Bild sich füge.

Er fand Erkenntniss. — Lange reiche Jahre
Ging er voran den Andern muthig, frei;
Ein edler Kämpfer für die höchsten Ziele
Der Wissenschaft, ward er ein Halt für Viele,
Denn ohn' Ermatten blieb er ihr getreu.

Und zog der Geist die ernsten, strengen Bahnen
Und suchte Ziele der Unendlichkeit,
Blieb dennoch ihm nicht fremd des Nächsten Sorge:
Warm schlug das Herz für schöne Menschlichkeit.
Mit ganzem Sinn war er ein Freund uns Allen,
Kein stiller Gast in diesem unserm Kreis;
Das Jugendfeuer liess er nicht erkalten,
Sein Ideal im Leben zu gestalten;
Begeisternd wies er vorwärts noch als Greis.
Sein Ideal? — Es war ihm nicht gefesselt
An seinen Stand; — der Volkswohlfahrt Gedanken
Liess er nach sicherm Plan zu Thaten reifen,
Die Nachwelt wird für deren Segen danken.
Ja, wo die Natur in wilderregtem Spielen
Jahrhunderte getrotzt des Menschen Macht,
Sind jetzt gedämmt die feindlichen Gewalten,
Ein starker Geist hat siegreich ausgehalten,
Der Wüstenei ist schöner Tag erwacht.
Und ihm, ihm ist das Segenswerk gelungen,
Er hat's vollbracht mit nimmer müder Hand. —
Er ist geschieden. — Doch sein Werk bestehet,
Zur Ehre ihm, zum Schmuck dem Vaterland.
Helvetiens Klio schreibt des Freundes Namen
Mit heiligem Griffel der Geschichte ein.
In ihm verehrend Ideal und Leben,
Und neu gestählt zu unserm eig'nen Streben
Lasst uns den Lorbeer seinen Manen weih'n!

Als Versammlungsort für die Sommersitzung wurde Burgdorf bestimmt.

Referate und Kritiken.

Lehrbuch der operativen Geburtshülfe für Aerzte und Studirende.

Von Prof. Dr. *P. Zweifel.* Mit 87 in den Text gedruckten Holzschnitten. Stuttgart, Enke, 1881.

Das vorliegende Werk enthält ausser dem, was sein Titel besagt, in der Einleitung eine ausführliche Desinfectionslehre, Anleitung zur geburtshülflichen Untersuchung, Besprechung des Geburtsmechanismus, die Hülfeleistungen bei normalen Geburten u. s. f., am Schluss einen Abschnitt über puerperale Erkrankungen und ihre Behandlung.

Bei jedem Abschnitt ist eine sehr vollständige Literaturangabe vorhanden, und was das Buch besonders werthvoll macht und vor andern auszeichnet, eine ausführliche Geschichte des betreffenden Theils. Ebenso werden die Krankheiten, welche die Operationen bedingen, in ihren Hauptzügen dargestellt. Sogar Methoden und Instrumente, deren Werth nur ein historischer ist, werden besprochen und dabei die Gründe angegeben, die zum Verlassen derselben geführt haben. Auch der Werth neuer Vorschläge wird einer Kritik unterworfen; so schränkt der Verf. die Vorzüge des von Jena aus enthusiastisch empfohlenen *Schultze*'schen Sichelmessers auf ihr richtiges Maass ein und hebt die Vorzüge des von derselben Seite aus unterschätzten *Braun*'schen Hackens hervor. In einzelnen Puncten weicht er von den gewöhnlich angenommenen Grundsätzen ab; z. B. wird bei den Zangenoperationen als Indicationen von Seite der Mutter nur „secundäre, d. i. Ermüdungswehenschwäche, Krampfwehen, Blutungen u. s. w." angeführt, während doch auch andere pathologische Zustände, wie Fieber, während der Geburt namentlich zu erwähnen gewesen wären. Mit seiner Therapie des Abort können wir nicht ganz übereinstimmen. Er will den Uterus erst ausräumen, wenn schon Fäulniss eingetreten ist; wir glauben, dass es zweckmässig ist, durch die Ausräumung der Zersetzung und den durch dieselbe bedingten Gefahren zuvorzukommen. Wenn der Cervicalcanal nicht passirbar ist, wird Eröffnung mit Quellmitteln angerathen. Diese, die durch Infection leicht bedenkliche Er-



krankungen verursachen können, scheinen uns bei einem Abort, wo die Resorptionsverhältnisse für septische Stoffe sehr günstig sind, geradezu contraindicirt. Dass einzelne Zeichnungen nicht ganz correct ausgefallen sind, ist schon von *Küstner* im Centralbl. für Gynäcol. Nr. 5 dieses Jahres erwähnt worden, die Mehrzahl derselben ist jedoch gut.

Trotz diesen Einzelheiten, die von untergeordneter Bedeutung sind, im Vergleiche mit dem vielen Vorzüglichen, das in dem Buch enthalten ist, empfehlen wir dasselbe sowohl den Studirenden als auch jedem Arzt, der sich mit Geburtshülfe beschäftigt, angelegentlich. *Gönner.*

Ueber Meningitis cerebrospinalis.

Von *H. Frölich* in Leipzig. Vorträge der Wiener Klinik, Jahrgang VII, Heft 3. Wien, Urban & Schwarzenberg, 1881.

Verf. bespricht hauptsächlich die Aetiologie benannter Krankheit, wozu ihm das allerdings auffallende Vorkommniss das Material lieferte, dass in der neuen, hygieinisch gebauten Caserne bei Möckern 5 Fälle vorkamen, in der alten, insalubren, in der Stadt Leipzig gelegenen dagegen keiner. Ein sechster Fall ist unsichern Ursprunges.

Verf. schliesst sich denjenigen Autoren an, welche die Krankheit für eine infectiöse halten und reiht sie der Gruppe der Malaria ein.

Kalte Jahreszeit, Feuchtigkeit und andere klimatisch-tellurische Verhältnisse mögen theils die Disposition des Individuums steigern, theils die Entwicklung der supponirten Pilze fördern. Verf. lässt letztere an besondere Oertlichkeiten gebunden sein und folgert, dass, je mehr Leute an einer solchen Oertlichkeit wohnen, um so mehr inficirt werden. Als besonders ansteckungsfähig erweisen sich frische Ankömmlinge; die Leipziger Fälle betrafen nur Recruten.

Eine historische Einleitung und ein Literaturverzeichniss eröffnen und schliessen die Abhandlung. *G. Burckhardt.*

Cantonale Correspondenzen.

Aargau. Impfversuche mit aseptischer Vaccinelymphe. Im Jahrbuch für Kinderheilkunde etc., XVII. Band, 3. und 4. Heft, 1881, veröffentlicht Dr. *Richard Pott*, Docent für Kinderheilkunde in Halle a. S., die Resultate seiner Impfversuche mit humanisirter Lymphe, welche er mit verschiedenen antiseptischen wässrigen Lösungen versetzt hatte. Ich entnehme daraus, dass Salicylwasser 1,0 : 300, Borwasser 3,50 : 100 und humanisirte frische Lymphe ana den guten Impferfolg nicht beeinträchtigten, dass aber die Impfungen fehlschlugen bei der Mischung einer 5% Carbolsäurelösung mit Lymphe ana. Diese letztere Beobachtung veranlasst mich, der Sache hier Erwähnung zu thun, da ich in Bezug auf die Carbolsäure ähnliche Erfahrungen machte: noch unter dem Eindruck eines vor 3 Jahren in einer Gemeinde unseres Cantons vorgekommenen ausgebreiteten Impferysipels tauchte ich anfänglich bei meinen Impfungen im Jahre 1880 nach jeder Impfung eines Armes meine Lancette in eine stärkere Carbolsäurelösung, um sie zu reinigen; ebenso wusch ich vor jeder Impfung die betreffende Stelle am Arme mit der gleichen Flüssigkeit. Ich impfte mit Farrenlymphe. Der Farren hatte sehr schön entwickelte Pusteln und gab reichlichen Stoff. Allein von 30 geimpften Kindern hatten nur 6 Erfolg und auch diese zeigten bei 10 beigebrachten Schnitten nur je 1—2 Pusteln. Es dürfte dies die Erfahrungen *Pott*'s betreffend die zerstörende Wirkung der Carbolsäure auf das Vaccinegift bestätigen.

Diese Beobachtung wäre noch von weiterer Wichtigkeit in sanitätspolizeilicher Beziehung, indem man nämlich daran denken könnte, bei Pockenfällen die Carbolsäure als besonders günstiges Desinficiens zu benützen.

Seengen. *Kalt*, Bezirksarzt.

Basel. *Ferdinand Schneider*, Apotheker in Basel, †.

Nil non mortale tenemus,
Pectoris exceptis ingeniique bonis.

Wer unter uns den im besten Alter dahingerafften, ebenso berufstüchtigen als geistig begabten und in seinem Charakter goldlautern Mann, der während mehr als 20jähriger Berufsthätigkeit der Pharmacie nur Ehre gemacht hat, etwas näher kannte

und anderseits der mannigfachen Schwächen unseres schweizerischen Medicinalwesens gedenkt, der wird ein Gefühl aufrichtigsten Schmerzes darüber empfinden müssen, dass ein Fachmann dieses Schlages so frühe aus einer nach Aussen zwar bescheidenen, nach Innen um so gediegenern Wirksamkeit abberufen werden musste. Wahrlich, es ziemt sich für seine Freunde, in einigen kurzen Zügen die Erinnerung an den verstorbenen Collegen festzuhalten, zumal den jüngern Fachgenossen zum bleibenden Vorbilde, auf dass es auch künftighin an Solchen nicht fehle, welche die Ehre des Berufes und wahre Collegialität über alles Andere setzen und in diesen beiden Factoren das einzige Mittel erblicken, um unsern Stand wirklich zu fördern und eine allgemeine principlose Verflachung zu verhindern. —

Karl Anton Ferdinand Schneider wurde am 21. Mai 1836 zu Frankfurt a. M. geboren als ältester Sohn des ebenfalls verstorbenen Instituts-Vorstehers *Carl Schneider*, der als Lehrer der Jugend seinem Sohne frühzeitig jene humane und wohlwollende Gesinnung einpflanzte, welche, aller Ostentation baar, dem Verstorbenen bis zu seinem Ende eigen war. Während einer neben vier Geschwistern im Elternhause verlebten glücklichen Jugendzeit besuchte er städtische Schule und Gymnasium, um nach seiner Confirmation die pharmaceutische Lehre zu beginnen. Seine practische Ausbildung fand er zunächst in Frankfurt, dann im Elsass, in einigen Stellen der französischen Schweiz und u. a. auch in der goldenen Apotheke des weiland Stadtrath *Wimmer* in Basel. Zur Absolvirung der academischen Studien bezog er s. Z. die Universität Leipzig, allwo er, von Arbeitslust und wissenschaftlichem Ernste beseelt, die bleibende Grundlage für tüchtige Fachkenntnisse erwarb und zugleich jene fortwirkende Anregung zu geistigem Weiterstreben fand, die ihm später mitten in der täglichen Praxis immer wieder Muth und innere Befriedigung verschaffte. Mit regem Eifer lag er während der Universitätszeit nicht allein seinem Lieblingsfache, der Botanik, ob, sondern vertiefte sich nicht minder in die Chemie, die zu seiner Zeit von dem längst verstorbenen Prof. *Kühn* vorgetragen wurde. Wie sehr dieser Lehrer und neben ihm dessen Assistent, der nachmalige Prof. *Hirzel*, es verstanden, den Schülern Liebe und Interesse für ihr Fach einzuflössen, hat der Verewigte oftmals im Gespräche über sein eigenes Curriculum dankbar geschildert, und auch der Verfasser dieser Zeilen erinnert sich gerne daran, aus *Schneider*'s Collegienheften und dem dazu gehörigen „Führer in die unorganische und organische Chemie" von *Hirzel* während der pharmaceutischen Lehre die erste nachhaltige Anregung und Belehrung auf chemischem Gebiete geschöpft zu haben.

Während seines oben erwähnten Aufenthaltes in Basel hatte er schon seine spätere zweite Heimath näher kennen und schätzen gelernt, so dass er die nach einigen Jahren (1863) sich bietende Gelegenheit zur Erwerbung der ehemaligen *Wettstein*'schen Engel-Apotheke (zum Bäumlein) mit frohem Muthe ergriff. Damit hatte er seinen Wohnsitz nun bleibend in Basel aufgeschlagen, wo er sich späterhin auch einbürgerte und wo er sich um so heimischer fühlen musste, als im Laufe der Jahre auch Familienbande hinzu traten, indem er sich 1873 mit seiner nun tief trauernden Wittwe, geborene Greiffenberg, vermählte.

Seine fachmännische Tüchtigkeit, sein Fleiss und seine ebenso sorgfältige wie energische Geschäftsführung konnten nicht verfehlen, ebenso wohl in ärztlichen Kreisen wie bei der Einwohnerschaft Basels volles Vertrauen zu erwecken und er durfte mit Genugthuung seine Apotheke mehr und mehr zu einer der bestaccreditirten Basels werden sehen, freilich ohne dass dies seiner angeborenen Bescheidenheit Eintrag gethan hätte.

Da, in einer Zeit, wo er, noch im kräftigsten Alter stehend, sich des Erfolges seiner Arbeit freuen und voraussichtlich manch' weiteres Jahr gedeihlichen Wirkens in seinem Berufe erhoffen durfte, rief ihn plötzlich, Allen unerwartet, im bald vollendeten 46. Jahre der unerbittliche Tod aus diesem Leben ab. Freitag, den 21. April, begab er sich, gesund und ahnungslos seinem langjährigen Lieblingsstudium, der Botanik, folgend, nach einem bekannten Pflanzenstandort in der Nähe Rheinfeldens; auf der Rückkehr zum Bahnhof begriffen, erlag er auf der Landstrasse zwischen Magden und Rheinfelden einem Hirnschlage und wurde am folgenden Tage, nach bangen Stunden des Schreckens für seine Angehörigen, von Rheinfelden, wo er, freilich schon leblos, im Spital Aufnahme für die Nacht gefunden hatte, in sein Haus zurück gebracht. —

Es möge uns gestattet sein, diesem Berichte über das jähe Ende des Collegen und

Freundes einige Worte darüber beizufügen, was der sel. Verstorbene in seinem Leben war und wirkte.

Seinen Charakter kennzeichnete eine ächt germanische Biederkeit, ausdauernde Treue und Aufrichtigkeit in seinen freundschaftlichen Beziehungen, Lauterkeit und Wahrheit gegenüber Freund und Feind. Das Gemeine und Schlechte hasste er von Grund aus, aber auch wo er zuweilen in einer gewissen angeborenen Heftigkeit aufwallte, galt sein gerechter Zorn weit mehr der Sache als der Person; den Ernst des Lebens erwägend, in seiner Lebensführung untadelhaft, strenge gegen sich selbst und dessen eingedenk, dass Niemand unter uns der Fehler und Schwächen entbehrt, war er tolerant gegen Andere und weitherzig in seinen Anschauungen. Im geselligen Verkehr und in den Zusammenkünften, welche die Berathung beruflicher oder sonstiger Angelegenheiten erheischte, schien er im Worte eher zurückhaltend, um so fester und energischer aber erwies er sich im Handeln, wie er denn gewohnt war, Nichts zu übernehmen, zu dem er sich nicht vollauf befähigt und berufen glaubte.

In seiner Geschäftsführung und seinem Berufsleben überhaupt war der charakteristische Zug eine mit gründlicher Sachkenntniss und ruhiger Energie gepaarte Gewissenhaftigkeit und Sorgfalt; die Pflichttreue und die Ehre seines Berufes war und blieb für seine Stellung und seine Handlungen stetsfort der leitende Gesichtspunct, auch wo eine laxere Auffassung ihm Vortheile bringen konnte. Aus diesem Grunde mussten ihn auch gewisse in seiner Stadt eingetretene pharmaceutische Vorkommnisse, deren Erörterung diesem Nachrufe fern bleiben mag, peinlich berühren, ja bis zur Muthlosigkeit anwidern, denn er hatte niemals gezögert, sich zu jenen altbewährten, anderswo mehr als bei uns und früher oft mehr als jetzt festgehaltenen Traditionen zu bekennen, wonach die Pharmacie nicht eine an jeder Strassenecke ihr Zelt aufschlagende Krämerei, sondern ein der Gesundheit der Bürger gewidmeter, mit dem Medicinalwesen enge zusammenhängender, wissenschaftlicher Beruf sein soll, in dieser seiner Stellung aber vor Allem von den Behörden anerkannt und geschützt werden muss! Noch kurze Zeit vor seinem Tode äusserte er einem Collegen gegenüber voll innerer Bewegung: „Wahrlich, wenn die Behörden und ihre Berather sich nicht aufraffen, endlich einmal aus dem Apothekerberufe das zu machen, was er längst hätte sein sollen und was er sein möchte, so wird es mit unserer Pharmacie unwiderbringlich und rasch bergab gehen." Seinem Fache war *Schneider* mit voller Liebe zugethan und für unsere Zeiten höchst bedeutsam und nachahmenswerth war die Art und Weise, wie er die tägliche Sorge und manuelle Arbeit des Berufes mit wissenschaftlichem Streben und geistigen Zielen harmonisch zu verbinden wusste. Immer fand er neben den Berufsgeschäften noch Mittel und Wege, sich mit den Fortschritten des Faches in jeder Richtung bekannt zu machen, und wo möglich neue Methoden, neue Reactionen und Prüfungsarten im eigenen Laboratorium zu controliren, wobei er Fachgenossen im Gespräche über irgend eine Novität oftmals mit werthvollen Ergebnissen eigener Prüfung überraschte. Vor Allem aber beschäftigte ihn in seinen Mussestunden sein Lieblingsfach, die Botanik, und eine reife Frucht zahlreicher, dem Studium gleich sehr wie der Erholung gewidmeter botanischer Excursionen in die Umgebungen Basels, den Jura, den Schwarzwald und die Vogesen, sowie vieljähriger eingehender Benützung der botanischen Literatur war das 1880 in Basel erschienene „Taschenbuch der Flora von Basel", ein Nachfolger des vor längerer Zeit herausgegebenen *Hagenbach*'schen Tentamen floræ basileensis, zudem eine Arbeit, der von competenter Seite das Zeugniss kenntnissreicher und sorgfältigster Ausführung gegeben werden konnte. Möge dieses literarische Andenken an den zu frühe Geschiedenen manchem der Pflanzenwelt gewogenen Collegen ein belehrender und freundlicher Führer bleiben! Bei so gediegenen fachmännischen und naturwissenschaftlichen Kenntnissen war *Schneider* von ungewöhnlicher Bescheidenheit und es bedurfte längeren und vertrauteren Umganges, um der geistigen Schätze des einfachen Mannes in vollem Maasse gewahr zu werden.

Auch die schweiz. Wochenschrift f. Pharmacie, das Organ des Vereines, dem er aus innerem Bedürfnisse mit ganzer Seele angehörte, hat er zu verschiedenen Malen mit kleinern und grössern Mittheilungen bedacht, unter welchen z. B. an die Untersuchung über die Abhängigkeit der wirksamen Stoffe der Digitalis von der Vegetationsperiode, an die Arbeit über Ferrum dialysat. etc. zu erinnern ist. Wiederholt betheiligte er sich in directer und indirecter Weise an der Ausarbeitung der Pharm. helvetica, und seit einer

Reihe von Jahren war er Mitglied der schweiz. pharmaceut. Prüfungscommission in Basel.

Obwohl seine Thätigkeit fast ausschliesslich seinem Berufe galt, so wusste er doch da und dort eine Stunde zu erübrigen, um die rein humane Mission eines Helfers und Berathers Nothleidender zu erfüllen; so bekleidete er u. A. in den letzten Jahren in ebenso anspruchsloser als erfolgreicher Weise das Vorsteheramt des deutschen Hülfsvereins in Basel. Um ihn trauern nicht allein seine nächsten Hinterlassenen, sondern viele weitere Bewohner Basels, nicht zum wenigsten aber seine schweiz. Fachgenossen, denn überall und allezeit liess er sich finden, wo es galt, Ehre und Ansehen und Fortschritt unseres Berufes zu wahren und zu fördern! Dass er ausserdem auch in ärztlichen Kreisen unbedingteste Achtung genoss, ist in Basel bekannt genug und geht auch aus dem Briefe eines hervorragenden Arztes hervor, der dem Verf. dieses Nachrufes die Worte schrieb:

„Ein Mann, der so uneigennützig und gewissenhaft, so gediegen und tadellos seinen Beruf ausgeübt hat, verdient es wohl, als Beispiel für Andere und als wohlverdienten Dank von Freundeshand ein Blatt der Erinnerung gewidmet zu erhalten."

Ja, Freund, gerne und ungern zugleich widme ich dir dieses Blatt! Ehre und Friede deinem Andenken! Und möge aus dem Grabe, in welches zugleich die Blumen deines letzten Streifzuges in der schönen Gotteswelt versenkt wurden, eine Hoffnungsblüthe für eine bessere Zukunft der schweiz. Pharmacie ergrünen! *E. S.*

Basel. Am 16. April begann in der Caserne zu Bern unter dem Commando des Herrn Major Dr. *Nager* von Luzern ein vierzehntägiger **Operations-Wiederholungscurs für ältere Aerzte**, zu welchem 16 Collegen, meist aus der Ostschweiz, aufgeboten worden waren. Da jeder Theilnehmer unter den Anwesenden einige seiner Universitätsfreunde fand, war die gute Stimmung bald hergestellt und es liess sich nur aus den gegenseitigen Erkundigungen nach Frau und Kind errathen, dass sich eine Gesellschaft „älterer" Aerzte zusammengefunden habe. Alle freuten sich, für einige Tage der gewohnten Thätigkeit den Abschied geben zu dürfen und im Vereine mit Berufsgenossen eine Art Feriencurs unternehmen zu können.

Die Tagesordnung sorgte denn auch reichlich für anregenden Unterricht. Herrn Major Dr. *Nager* war neben der Darstellung des Rapportwesens, der Recrutirung sowie des Sanitätsdienstes bei den Truppencorps und dem Feldlazarethe die heikle Aufgabe zugefallen, Vorträge über Militärhygieine zu halten. Für die Behandlung der ganzen Materie standen ihm täglich nur zwei Stunden zur Verfügung. Um so mehr werden es alle Zuhörer anerkennen, dass er es verstanden hat, seine Aufgabe in vorzüglicher Weise zu lösen.

Besonders interessant waren die historischen Mittheilungen, die sowohl als Einleitung zur Kenntniss der Sanitätseinrichtungen der Armee als zur Hygieine dienen konnten. Man erkannte aus der ganzen Darstellung, dass diese Vorträge das Product eines gründlichen Studiums seien und freute sich der Lebhaftigkeit, die der Redner seiner Darstellung durch Einflechten vieler Originalberichte zu geben wusste.

Von 8—10 Uhr war täglich chirurgische Klinik bei Herrn Prof. Dr. *Kocher*. Wir gehen wohl nicht fehl, wenn wir dieselbe als den Glanzpunct des Curses bezeichnen. Die vorgenommenen Operationen (worunter 2 Kropfexcisionen, 1 Ellenbogen- und 1 Knieresection), boten den Aerzten nicht nur Gelegenheit, die eminente Geschicklichkeit, Kühnheit und Ruhe des Operateurs, sondern auch dessen Gründlichkeit und Gewissenhaftigkeit im chirurgischen Handeln kennen zu lernen. Die Antisepsis war selbstverständlich das wichtigste Thema und musste es hier um so mehr sein, als es die Absicht des Docenten war, die Zuhörer über den jetzigen Stand dieser Frage zu orientiren und die Wirkung verschiedener Stoffe an den Operirten zu zeigen. Die eben im Gange befindlichen Versuche über Pulververband (Jodoform, Bismuth etc.) interessirten besonders, da diese Art des Verbandes sich für den Kriegsgebrauch wohl als sehr brauchbar herausstellen wird. Eine genaue Schilderung dieser Verbände wollen wir, um nicht indiscret zu sein, unterlassen und auch die von *K.* geübte Ersetzung der Drainage durch späteren Schluss der Naht hier nur berühren. In der sich der Klinik anschliessenden Vorlesung über Kriegschirurgie stellte *K.* in sehr klarer und einleuchtender Weise die physicalischen Bedingungen dar, unter denen eine bestimmte Schussverletzung zu Stande kommt. Hiebei stützte

er sich hauptsächlich auf die mannigfaltigen Versuche, die er seit einigen Jahren mit dem Vetterligewehr gemacht hat. Zur Illustration des Vorgetragenen wurden den Curstheilnehmern in Thun unter *K.*'s Leitung die wichtigsten Schussversuche demonstrirt. Die Vorlesung beschäftigte sich hierauf hauptsächlich mit den Indicationen zum ärztlichen Handeln auf dem Verbandplatze, in der Ambulance und im Reservelazareth namentlich mit Rücksicht auf Antisepsis, auf den Zeitpunct zum Operiren und auf das Verhalten gegenüber Fremdkörpern. Zum Schlusse wurden an Hand der neueren Kriegsstatistiken die Erfolge bei der Behandlung von Gelenkverletzungen und die daraus hervorgehenden Indicationen besprochen.

Zur Ergänzung der chirurgischen Klinik hatte Herr Assistenzarzt Dr. *Roux* es übernommen, einen Verbandcurs zu ertheilen und entledigte sich seiner Aufgabe mit grosser Gewandtheit, indem er es durchsetzte, in wenigen Stunden die wichtigsten Verbände für Schussfracturen zu demonstriren.

Die undankbarste Aufgabe, nämlich diejenige, das ophthalmologische Wissen der Curstheilnehmer aus meist jahrelangem Schlummer zu erwecken, war Herrn Prof. Dr. *Pflüger* zugefallen. An Entgegenkommen von Seite des Docenten fehlte es wahrlich nicht, denn derselbe stellte an das Verständniss der Zuhörer die denkbar geringsten Ansprüche; aber wir haben den Eindruck, dass die Zeit doch allzu knapp zugemessen war, um 16 Zuhörern die nöthige Uebung im Untersuchen namentlich der complicirteren Refractionsanomalien und in der Taxation von simulirten Leiden zu geben. Die Instruction über die Anwendung des Metermaasses in der Augenheilkunde war eine sehr verdankenswerthe Zugabe.

Am Nachmittage machte sich der Quartiermeister, Herr Lieutenant *Klenk*, dadurch verdient, dass er durch Vorzeigen des gesammten Sanitätsmaterials die Collegen an die schönen Zeiten erinnerte, wo ihnen zum ersten Male im blauen Kleide die Wunder der Bulge, der Sanitätskiste und des Fourgons erschlossen worden waren. Man kann diese Dinge nicht sehen, ohne jeden Augenblick an die Gestalt des Herrn Oberst *Ruepp* sel. erinnert zu werden und ohne im Geiste die lebhaften Erörterungen wieder zu hören, die sich so oft der Demonstration des Materials angeschlossen hatten. — Die Soldatenschule wurde an einem Nachmittage absolvirt und zwar auf dem Estrich, so dass die „älteren Aerzte“ vor den indiscreten Blicken der Recruten geschützt waren, die im Hofe so stramm zu exercieren verstanden. — Den Schluss des Tages bildeten jeweilen unter Prof. *Kocher*'s Leitung die Operationsübungen am Cadaver. Wenn die Beschäftigung an der Leiche auch nicht mehr mit studentischem Enthusiasmus begonnen wurde, so bemeisterte man doch bald den Ekel und ging munter an das Werk. Hiebei konnte man am besten bemerken, dass schon wenige Jahre genügen, um nicht unbeträchtliche Lücken in unser geistiges Besitzthum zu reissen und dass Kenntnisse und Geschicklichkeiten, die wir, von Zweifeln frei, noch immer die Unsrigen nennen, in hohem Maasse der Ergänzung bedürfen.

An zwei Nachmittagen versuchte es Herr Oberst *Walther*, die Stellung der Sanität bei einem kleinen und einem grössern Gefechte zu beschreiben. Mit Benützung der Karte wurde entsprechend den strategischen Voraussetzungen in freier Debatte die Placirung der Verbandplätze und Ambulancen besprochen. Wir sind gewiss, dass alle Collegen den klaren Auseinandersetzungen des Vortragenden mit grossem Interesse gefolgt sind.

Auch die Instruction über den Traindienst, die Herr Oberstlieutenant *Schuhmacher* an einem Nachmittage in gedrängter Kürze gab, erfreute sich grosser Aufmerksamkeit.

Der letzte Nachmittag war der Besichtigung der sehr solid und gesundheitsgemäss eingerichteten neuen Caserne gewidmet und den Schluss der Instruction bildete eine Besprechung der Beschuhung unserer Armee durch Herrn Oberfeldarzt Dr. *Ziegler*, der sich die Mühe nahm, die verschiedenen Systeme an der Modellsammlung des Sanitätsmagazins zu demonstriren.

Vergessen wir nicht das gelungene Banket zu erwähnen, dem der Herr Oberfeldarzt und die Herren beiwohnten, welche sich an der Instruction betheiligt hatten. Dort wurde in herzlicher Weise und gehobener Stimmung ausgesprochen, was Alle fühlten, nämlich dass der Curs von Anfang bis zu Ende die Erwartungen reichlich erfüllt habe, und dass man mit einem reellen Gewinne von Bern scheide. *O.*

Bern. Aus den Waadtländer Alpen. (Fortsetzung.)

Bevor ich von der Umgebung von Bex Abschied nehme, will ich noch einige Worte über Aigle und Ollon beifügen. Die Lage des letztern Ortes ist geschützter und daher das Klima milder als dasjenige von Bex. Auch wurde er schon als Luftcurort, selbst im Winter benützt, aber nicht in dem Maasse, wie er es verdienen würde.

Dr. *Biaudet* gibt das Hôtel du Mouton an.[1]) Doch nehmen auch Private zuweilen Pensionäre an. — Das nahe Städtchen Aigle, dessen zahlreiche Gasthöfe ich hier nicht aufzählen will, ist dagegen schon seit vielen Jahren ein stark besuchter Traubencurort. Seine Lage ist schöner und freier, aber eben wegen des letztern Umstandes weniger geschützt als die von Ollon. Von dort nimmt sich die Dent du Midi prächtiger aus als von irgend einem andern Orte. An Spaziergängen und Excursionen ist die Gegend reich, doch nicht so reich wie diejenige von Bex. Die Nähe dieses Dorfes war wohl auch der Hauptgrund, warum das 20 Minuten östlich von Aigle schön gelegene Grand Hôtel des Bains (neuerdings les Grands Bains d'Aigle genannt) trotz seiner guten Einrichtungen (Hydrotherapie jeglicher Art, Soolbäder, Electrotherapie etc.), seiner anmuthigen Umgebung (Waldpark und hübsche Gartenanlagen) und der später bedeutend herabgesetzten Pensionspreise, die allerdings starke Concurrenz ähnlicher derartiger Etablissemente nicht recht bestehen konnte. Freilich war es auch für ein neues Unternehmen viel zu luxuriös eingerichtet. Ich besuchte es vor $3\frac{1}{2}$ Jahren gerade in einer sehr kritischen Zeit. Wie ich höre, hat sich die verflossene Saison, für welche wieder ein eigener Arzt, Dr. *Maienfisch* aus Zürich, angestellt war, besser gestaltet.

Als naher Bergcurort ist hier noch Corbeyrier (986 m., 2 Pensionen) anzuführen, wohin von Aigle ein Fahrweg über Yvorne (20 Minuten) in 2 Stunden (nach *Tschudi*) führt.[2]) Ich sah es nur von ferne; jedenfalls hat es eine schöne und geschützte Lage.

Aigle ist die Eisenbahnstation für das berühmte, von der Grande Eau durchflossene Ormontsthal. Ich hatte schon lange sehnlich gewünscht, dasselbe kennen zu lernen, kam aber erst im letzten Sommer dazu und war nun trotz des prächtigen Wetters etwas enttäuscht. Sein Glanzpunct, der Creux de Champ, auf den ich sofort zurückkommen werde, hat allerdings seinesgleichen nicht in den Thälern der beiden Avançons; im Uebrigen aber ziehe ich diese unbedingt vor. Namentlich ist die das Ormontsthal gegen N. schützende Bergkette einförmig[3]) und, wenigstens auf dieser Seite, wenig bewaldet, zumal im östlichen Theil (Ormont dessus). Das von O. nach W. verlaufende Thal weitet sich nahe seinem Ursprung zum Plan des Iles (1180 m.) aus, einem flachen Thalboden, der weiter ist als der von Les Plans de Frenières. Während ein Nebenfluss, der Dard, die östliche Richtung beibehält und nach dem Col de Pillon führt, biegt die Grande Eau nach S. um und geleitet uns zum schon genannten Creux de Champ, dem halbkreisförmig ausgehöhlten, aus fast senkrecht aufsteigenden Felswänden bestehenden Fuss der Diablerets. Wenn man dieselben noch im Sinne hat, wie sie sich von Gryon oder Anzeindaz her ausnehmen, so kann man sie nicht wieder erkennen. Ihr Grat bietet zwar auch von der N.- (genauer NW.) Seite nichts Auffallendes und kann sich nicht mit den schönen Linien des Grand Muveran messen. Dafür aber steigen von ihm prächtige Gletscher herunter bis zum obern Rand des Felsenamphitheaters, über das schöne Wasserfälle herniederrauschen. Der Halbkreis des Creux de Champ wird durch den Sex rouge nach NO. und einen vom Culant ausgehenden Grat nach W. zu einem unregelmässigen Kreis vervollständigt, der nur nach N. offen ist, um die Grande Eau durchzulassen. Charakteristisch für die Gegend ist auch der vom Ormontsthal aus fast überall sichtbare Felsengipfel des Oldenhorns (3134 m.), des westlichen Endgliedes der Berner Alpen, das sich unmittelbar an den Sex rouge anschliesst. Im W. sieht man die uns schon bekannten Tours d'Ay und de Mayen, die indessen von da aus sich lange nicht so kühn darstellen, wie bei der Ansicht von SO. — Mich erinnerte der Anblick der Diablerets vom Plan des Iles aus nicht wenig an den des Wildstrubels

---

[1]) *Tschudi* spricht von einem Hôtel de Ville und einigen Pensionen; beides ist nach Dr. *B.* ein Irrthum. *Gsell-Fels* erwähnt Ollon überhaupt nicht als Curort.

[2]) Wenn man dazu nur 65 Min. (von Yvorne aus 45 Min.) brauchen soll, wie *Gsell-Fels* angibt, so muss man sich jedenfalls gehörig beeilen.

[3]) Aehnlichkeit mit der Niesenkette, mit der sie auch im geologischen Bau übereinstimmt.

von der Lenk aus. Im Uebrigen aber ziehe ich den obern Theil des Obersimmenthals vor.

Von den Gasthöfen ist der grösste und schönste das Hôtel des Diablerets (Gebrüder Leyvraz), das sehr gut eingerichtet, aber theurer als das Hôtel du Grand Muveran in Villars ist (Pension nach *Gsell-Fels* Fr. 8—10). Auch fehlt ihm eine eigentliche Badeinrichtung. Eine sehr angenehme Zugabe ist eine unmittelbar neben dem Hôtel befindliche, einzeln stehende, höchst malerische Felsengruppe mit prächtigen Bäumen, Wegen, Bänken u. s. w. Etwas weiter östlich und höher steht die Pension Bellevue (Frl. Ansermet), auch mit einer schönen Baumgruppe dicht daneben. Sie ist einfach und gut gehalten. Sie hatte in diesem Sommer nur einen Nachtheil, den sie mit dem Hôtel des Diablerets theilte, Mangel an Trinkwasser, das in einiger Entfernung geholt werden musste und wenigstens in der Bellevue nicht frisch war. Eigenthümlicherweise floss kaum 10 Minuten davon ein ganzes Bächlein voll eiskalten Wassers unbenützt in die Grande Eau. Das Hôtel des Diablerets und die Bellevue liegen auf einer Anhöhe an dem Abhang, der nördlich vom eigentlichen Plan des Iles auf dem rechten Ufer des Flusses ansteigt. Unmittelbar am linken Ufer desselben befindet sich in der Tiefe (im eigentlichen Plan des Iles) die Pension du Moulin, die mir von einem Bekannten, welcher dort einen Aufenthalt gemacht hatte, als nicht sehr comfortabel war geschildert worden. Dagegen wurde mir das Hôtel et Pension du Chamois (etwas weiter unten auf dem rechten Ufer, in dem Winkel zwischen der Thalstrasse und der nach dem Pillon abgehenden Strasse mit kleiner Dependenz) gerühmt. Es hatte als kostbares Gut einen prachtvollen Brunnen zur Verfügung. Dagegen sind die Anlagen minim. Will man Schatten haben, so muss man die Erlenbüsche am nahen Fluss aufsuchen.

Der Pensionspreis in diesen beiden Pensionen, sowie in der Bellevue, beträgt nach *Gsell-Fels* Fr. 4 per Tag. Eine kleine Viertelstunde weiter unten [1]) im Thal, da wo dasselbe sich schon bedeutend verengert, liegt an dem sonnigen Nordabhang in schöner Lage das Hôtel & Pension du Pillon, [2]) das puncto Eleganz und Preis die Mitte hält zwischen den drei oben genannten Pensionen und dem Hôtel des Diablerets.

Das Klima des Plan des Iles ist jedenfalls geschützt. Ueber Tag fand ich die Luft in dem weiten Thalkessel erheblich wärmer als in Les Plans und auch wärmer als in Villars; aber Morgens und Abends kam sie mir kühler vor als dort, was auch *Lombard* (nach *Gsell-Fels*) hervorhebt. Bei der Hitze des Tages machte sich der Mangel an Schatten recht fühlbar. Für zartere Constitutionen scheint mir daher diese Gegend nicht zu passen und das gleichmässigere Klima von Les Plans und Villars im Sommer auch sonst den Vorzug zu verdienen.

Bei der Kirche von Ormont dessus — die Häuser heissen vers l'Eglise, liegen eine Viertelstunde weiter thalabwärts als das Hôtel du Pillon und bilden mit der Kirche eine überaus malerische Gruppe auf dem linken Ufer des Flusses — ist das Thal viel enger und schattiger und die Berge auf der Südseite sind bis in die Tiefe mit prächtigen Wäldern geschmückt. Die Aussicht ist zwar nicht so frei — die Diablerets sind nicht mehr sichtbar —, aber die Lage viel idyllischer und daher Manchem wohl besser zusagend. Ich empfand nach dem heissen Plan des Iles die dortige Frische und das herrliche Grün als eine wahre Wohlthat. Jedenfalls ist das Klima daselbst gleichmässiger, da über Tag die Sonne weniger Gewalt hat und Morgens und Abends der abkühlende Einfluss der Gletscher sich nicht geltend macht. Neben der Kirche liegt der Gasthof zum Bären, ein prächtiges altes Haus im Oberländer Stil [3]) (Pensionspreis nach *Gsell-Fels*

[1]) Vom Hôtel du Chamois aus gerechnet.

[2]) Auch Hôtel des Hirondelles genannt, so bei *Tschudi* und *Gsell-Fels*.

[3]) Es finden sich im Ormontsthal noch viele schöne Häuser aus alter Zeit. Je älter sie sind, desto reicher sind sie geschnitzt und bemalt; bei einigen sind die verschiedenartig geformten Fensterscheiben noch in Blei gefasst. Das schönste derartige Haus (von 1645) fand ich am Weg zum Creux de Champ. Bei Häusern aus den frühern Jahrhunderten wird man im Giebel nicht leicht zwei einander zugekehrte schwarz gemalte Bären vermissen, die sich eben trotz der politischen Umgestaltung erhalten haben. Die Ormoniens bewiesen auch dadurch ihr zähes Festhalten am Alten, dass sie 1798 sich tapfer für die Berner gegen die vereinigten Franzosen und Waadtländer wehrten und erst der Uebermacht wichen. — Die schon früher genannten Bergdörfer sind weniger reich an stilvollen alten Häusern; am meisten hat noch Gryon. Dagegen findet man eine schöne Auswahl derselben im Pays d'Enhaut.



Fr. 4; mächtiger Brunnen). Jetzt hat man zwar meist lieber neue Häuser mit hohen Zimmern statt der alten mit den niedern Stuben. — Gegenüber der Kirche liegt auf dem rechten Ufer an der Hauptstrasse die Pension Mon-séjour (E. Tille; Pensionspreis Fr. 3 50—4), welche comfortabler aussieht als der Bären, aber im Sommer von Strassenstaub belästigt wird und von schattigen Bäumen entfernter ist. An Anlagen fehlt es beiden Pensionen. Die von *Gsell-Fels* angeführte Pension Bernet — *Tschudi* nennt sie Busset — entging mir.

Von vers l'Eglise kann man auf einem Fussweg mit minimer Steigung am linken Ufer der Grande Eau nach dem Plan des Iles zurückkehren oder auf einem andern, viel hübschern, aber z. Th. ziemlich steilen Pfade, welcher zunächst an einem klaren Bergbach mit vielen kleinen Wasserfällen und prächtiger Vegetation hinauf und dann über aussichtsreiche Höhen führt. Der genussreichste Spaziergang bleibt aber der zum Creux de Champ (1 Stunde vom Plan des Iles); er ist zugleich sehr bequem wegen der geringen Steigung und des verhältnissmässig reichlichen Schattens. — Auch sonst hat Ormont dessus grosse Auswahl an Wegen aller Art, von denen manche eben sind oder nur wenig ansteigen. Dazu gehört ausser der nach Sépey führenden angenehmen, aber schattenarmen und im Sommer staubigen Strasse diejenige, welche zum Col de Pillon[1]) geht und auf der Waadtländer Seite bald vollendet sein wird. Sie bietet zwar kaum mehr Schatten und weniger Aussicht als die andere, aber, wenigstens vor ihrer Vollendung, wenig Staub. Wegen des ziemlich lebhaften Fremdenverkehrs hat man um verhältnissmässig billigen Preis stets Fuhrwerke zur Verfügung, die Les Plans fehlen und auch in Gryon, Villars und Chesières nicht immer zu bekommen sind. — Ein fernerer Weg mit schwacher Steigung ist der nach dem schon bei Villars genannten Forclaz ($1^1/_4$ Stunde von vers l'Eglise), von wo aus man die Seen von Chavonnes, Bretaye und den Chamossaire besuchen kann. Man gelangt freilich nach Bretaye in kürzerer Zeit über Perche und Couche, wie ebenfalls bereits erwähnt wurde. — Direct ob vers l'Eglise erhebt sich die uns auch von Villars her bekannte Pointe de Meilleret, welche vom Plan des Iles in $2^1/_2$ Stunden leicht zu erreichen ist. Auf der Südseite des Thales liegen ferner die Pointe de la Laya (1623 m.; östlich von dem zum Col de la Croix führenden Weg; $1^1/_2$ Stunden von Plan des Iles) und der mühsamer zu erklimmende Sex rouge (2917 m. — 4 Stunden). — Von nicht schwer zu besteigenden Berggipfeln der Nordseite erwähne ich die Tornette (2548 m.; 3 Stunden), das Arnenhorn[2]) (2216 m.; $2^1/_2$ Stunden), neben welchem auf der W.-Seite der Col d'Isenaux in das Thal von Etivaz und auf der O.-Seite der Col des Andarets in ein Seitenthal des Saanenthals mit dem ansehnlichen Arnensee führt. Von dem letztern Pass aus ist auch die Palette (2174 m.) leicht zu ersteigen; sie beherrscht den Col de Pillon, und auf dem Abhang, welcher sich zu demselben senkt, liegt der kleine hübsche Lac de Rettau.

Ormont dessus hat ein Telegraphenbureau und einmal täglich Fahrpost von und nach Sépey[3]) (Ormont dessous), das man auf diese Weise in $1^1/_2$ Stunden erreicht. Zu Fuss braucht man 2 starke Stunden, bergauf etwas mehr.

Unterhalb vers l'Eglise bietet das Thal mancherlei Abwechslung, ist aber keineswegs grossartig zu nennen. Der Fluss strömt je länger je tiefer unter der Strasse dahin, zum Theil durch malerische Schluchten. Sépey liegt hoch über seinem rechten Ufer da, wo er nach SW. umbiegt. Von Aigle aus ist das Dorf auf der Poststrasse in $2^1/_4$ Stunden zu erreichen (1 Mal täglich Fahrpost[4]) von und nach diesem Städtchen, sowie von und nach Chateau d'Oex). Seine Höhe über Meer (1129 m.) ist nur wenig geringer als die des Plan des Iles. Seine Lage ist geschützt, im Hochsommer wohl nur zu warm; das Klima ist jedenfalls gleichmässiger als im Plan des Iles, d. h. es hat geringere Tagesschwankungen der Temperatur, da der Einfluss der Gletscher fehlt. Die Gegend ist offen nach O. und S. und namentlich nach SW. Auch ist die Aussicht am schönsten in südlicher Richtung (der Chamossaire, der sich von hier viel kühner ausnimmt als von Villars aus, das Rhonethal, die Dent du Midi u. s. w.), während sie nach O. beschränkt

[1]) Man kommt über diesen Pass in $3^1/_2$ Stunden nach Gsteig bei Saanen.
[2]) *Tschudi* nennt es Cime d'Isenaux.
[3]) Französisch sagt man „le Sépey".
[4]) Wie es sich von selbst versteht, hat S. auch ein Telegraphenbureau.



ist (Diablerets verdeckt). Besonders frei ist der Ausblick von der höher gelegenen Kirche (1/4 Stunde vom eigentlichen Dorf, an der Strasse nach Leysin). — Mit Trinkwasser ist Sépey qualitativ und quantitativ vortrefflich versehen. — Trotz der zahlreichen Gasthöfe[1]) — ich lernte nur einen, das Hôtel des Alpes, kennen, das mir gut gefiel (Pension 4—5 Fr.) — fand ich dort im verflossenen August fast keine Curgäste resp. Sommerfrischler, während alle andern waadtländischen Bergcurorte, welche wir bis dahin kennen lernten, damit überfüllt waren. Die Lage an einem steilen Abhang bietet eben wenig Auswahl an Spaziergängen, besonders für Solche, welche nicht gut steigen können. Wohl der angenehmste ist der zur Kirche und nach dem noch 1 1/4 Stunde weiter entfernten, aber nur wenig höher gelegenen Leysin (1264 m.) auf staubfreier, weil wenig befahrener Strasse.[2]) Es ist dieses Dörfchen, das auf einer Terrasse am östlichen Abhang der Tour d'Ay-Kette sich ausbreitet, auch Curort, dessen anregendes Klima besonders auf scrophulöse und rhachitische Kinder einen sehr günstigen Einfluss auszuüben scheint. In der einzigen Pension beträgt nach *Gsell-Fels* der Preis für Kost und Logis 4 Fr. täglich. — Ein sehr malerischer schattiger Weg führt von Sépey an dem Bach hinauf, welcher vom Mont d'Or (2235 m.) herkömmt. Folgt man dem Wege weiter, so gelangt man zum Pass, der westlich von diesem Berg an dem gewaltigen Felsblock Pierre de Mouellé vorbei in's Hongrinthal und durch dasselbe nach Montbovon im Saanenthal führt. Fernere Spaziergänge sind der nach dem schon genannten Forclaz und nach Exergillod (3/4 Stunde nach *Tschudi*), die beide auf dem linken Ufer der Grande Eau liegen[3]) und unter sich auch durch einen Weg verbunden sind. Von jenem Orte aus kann man, wie wir von früher her wissen, die öfter genannten Seen besuchen oder den Chamossaire ersteigen oder auch auf demselben Ufer des Flusses (ebenes Strässchen) weiter thalaufwärts marschiren, sei es bis la Galèze, sei es bis vers l'Eglise, und auf der Hauptstrasse zurückkehren. — Von Exergillod ist man bald in Plambuit, wo man die Wahl hat, entweder über das uns ebenfalls bekannte Plateau des Ecovets nach Chesières oder weiter nach Panex und von da nach Ollon oder Aigle zu gehen. — Die fast ebene Strasse nach Ormont dessus eignet sich zum Spazieren, wenn sie nicht staubig ist; die nach Aigle hat Anfangs eine zu starke Neigung. — Von Bergbesteigungen ist ausser der des Mont d'Or und des Chamossaire die schwierigere der Tours d'Ay und de Mayen (2383 und 2323 m.) anzuführen, deren Fernsicht berühmt ist.

Burgdorf. Dr. *Fankhauser*.

(Schluss folgt.)

Wochenbericht.

Schweiz.

— **Mittheilungen über das erfolgte Ableben von Collegen.** In der letzten Nummer nimmt das Gutachten der Genfer Commission über die Frage einer ärztlichen Unterstützungscasse als Summe der in der Schweiz gestorbenen Aerzte die Zahl der Necrologe an, welche in der „Revue“ und im „Correspondenzblatt“ erschienen sind. Das sollte eigentlich richtig sein — ist es aber leider nicht.

Es ist eine grosse Seltenheit, wenn einmal der Necrolog eines Collegen der Redaction eingesandt wird, ohne dass vorher diese nach verschiedenen Seiten um einen solchen sich beworben hat, eine noch viel grössere, wenn die Todesanzeige eines Arztes uns zukommt. Wir sind daher lediglich auf die politische Presse angewiesen, wenn wir erfahren wollen, ob in der Schweiz ein College gestorben ist, und es machen daher die Todesanzeigen im Corr.-Bl. absolut keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Dem sollte eigentlich nicht so sein!

---

[1]) *Gsell-Fels* führt ausserdem die Hôtels du Cerf und du Mont d'Or an (Pension nach ihm Fr. 5), *Tschudi* noch das Hôtel des 3 Suisses; es sind ihrer aber wohl noch 2 mehr, so viel ich mich erinnern kann.

[2]) Der Weg von Aigle ist bedeutend länger und steiler.

[3]) Eben deshalb haben diese Spaziergänge den Nachtheil, dass man zuerst in die Tiefe des Thales hinab und auf der andern Seite wieder hinaufsteigen muss.

Ob einer gestorben mitten in muthig aufstrebender Lebensbahn, ob am Abend eines an Arbeit und Mühen reichen Schaffens, ob mit Ehren und Anerkennung überhäuft, ob verkannt und auf die Seite geschoben, immer sollte ein College doch sich finden, der dem Geschiedenen einen kurzen Nachruf widmet oder doch wenigstens von dessen Ableben die Aerzte in Kenntniss setzt.

Diese Pflicht der Pietät sind wir unserem Stande schuldig.

— **Mysteriöse Annonce.** Folgendes Circular erhielten soeben sämmtliche Schweizer Aerzte: „Arztgesuch. An einer gut gehenden schweizerischen Polyklinik fänden 2 in Geburtshülfe, Chirurgie und innerer Medicin wohlerfahrene Praktiker Anstellung. Gehalt 4000 Franken pro Jahr und freie Wohnung. Gefl. Anmeldungen nebst curiculum vitæ, Referenzen und Photographie sind unter Chiffre G. G. M. 200 zur Weiterbeförderung an Rudolf Mosse in St. Gallen zu richten!"

Aspiranten dürften gut thun, mit Niederschreiben ihrer Lebensläufe und Absenden ihrer Photographien sich nicht allzu sehr zu beeilen, da für Basel, Bern und Zürich diese Herren „Polykliniker" nicht gesucht werden (für Genf wohl kaum!) und da vielleicht ein Liebhaber von Photographien von Aerzten oder ein Sammler von Autographien oder Einer, der im Hinblick auf obligatorische staatliche Krankenpflege sich gerne über die Zahl der für Fr. 4000 disponiblen Aerzte informiren möchte, sich dahinter maskiren dürfte. Also caveant!

Baselland. Dr. *J. Matt* †. In Ziefen erlag einer Apoplexie Dr. *J. Matt*, 68 Jahre alt. Neben seiner emsigen und sehr mühsamen ärztlichen Thätigkeit, die er bis zu seinem Tode ebenso unverdrossen, als uneigennützig und einsichtig ausübte, hatte er sich frühzeitig der undankbaren Aufgabe politischen Wirkens unterzogen. 21 Jahre lang war er Mitglied des Landrathes (Grossen Rathes) und in dieser Zeit 13 Mal Präsident desselben und zwar ein thatkräftiger und sehr umsichtiger, von den besten, vaterländischen Ideen geleiteter Präsident. Auch sass er im Nationalrathe.

In den letzten Jahren war sein Leben sehr einsam geworden, und der klare Kopf, der sonst so energische Geist hatten das müde Schifflein nicht mehr an allen Klippen vorbei zu steuern vermocht.

Er blieb uns aber doch der liebe College und der gute Patriot: er wird es uns auch bleiben. Ehre und Liebe seinem Andenken!

Genf. Sauter's hohle Suppositorien. Die von *Sampson* zur Application von Arzneimitteln auf die Vaginalschleimhaut angewandte Methode, wächserne Hohlkegel mit der medicamentösen Flüssigkeit zu füllen, die Spitze mit Cacaobutter zu verschliessen und sie in die Vagina zu bringen, — ist neuerdings von *Sautter* noch auf die Stuhlzäpfchen übertragen worden. *Sautter* stellt durch Pressung aus reiner Cacaobutter Hohlkegel dar, deren Höhlung das Medicament aufnimmt, und welche dann mit einem Cacaobutterpfropf verschlossen werden. Das Präparat sieht sehr gut aus, was von den altmodisch gefertigten Suppositorien nicht immer zu sagen ist. Dagegen wird das Medicament nicht gleichmässig mit dem Constituens gemengt. Hiergegen bemerkt der Fabrikant, „dass, wenn das Medicament vorerst nach Zerreibung oder inniger Mischung mit wenig Cacaobutter oder Stärkepulver in Verwendung kommt, es sich im Mastdarm durch dessen Bewegungen erfahrungsgemäss sofort mischt." Wir signalisiren diese Meinung, da uns eine autoptische Erfahrung über diesen Punct abgeht. Der Hohlraum ist sehr klein. Der Prospect ermangelt, uns den Preis pro Stück anzugeben.

St. Gallen. Dr. med. *B. Berta* †. In Niederuzwil starb an acuter Miliartuberculose Dr. *B. Berta* aus Fettan, erst 44 Jahre alt. Nach gründlichen Studien in Würzburg, Prag und Wien und einer längern Studienreise nach Mailand, Rom und Neapel hatte der körperlich und geistig wohl ausgerüstete College in Schuls-Fettan sofort sich eine ausgedehnte Praxis erworben, mühsam im Sommer, mühsamer noch und recht oft gefährlich genug im Winter. 1872 siedelte er nach Thayngen und 1879 nach Niederuzwil über. An beiden Orten gewann er rasch, gerade durch seine anspruchslose, bescheidene Art, eine grosse Beliebtheit. Ausser seinem ärztlichen gediegenen Wissen lernte man gar bald seinen sittlich reinen Charakter, seine treue Aufrichtigkeit, seine warme Menschenliebe hoch schätzen. Seine freien Anschauungen in politischen und religiösen Fragen wurden geadelt von der weitgehendsten Duldung jeder andern, ehrlich gemeinten Ueberzeugung.



Berta war ein treuer und liebevoller Gatte und Vater und ein besorgter Haushalter. Seine Leidenswochen trug er sehr standhaft und blieb sich auch im Tode treu: „er war ein Mann, sagt Alles nur in Allem, er war ein Mann!“ Ehre seinem Andenken.

St. Gallen. Säuglingswachsthum. Wägungen an einem von Geburt an künstlich ernährten Kinde: „Mein den 17. März l. J. geborenes Mädchen wurde vom 2. Tag an ausschliesslich durch Lactin-Milch (Kuhmilch mit Lactin- und je nach dem Alter wechselndem Wasserzusatz) ernährt und zeigte hiebei folgende auf's Gewissenhafteste bestimmte Gewichte:

Bei der Geburt 2690 grmm., den 4. Tag 2650 grmm., nach Umfluss der 1. Woche 2690 grmm., nach Umfluss der 2. Woche 2580 grmm. Das Kind litt in dieser Zeit an Convulsionen in Folge von Verdauungsstörungen.

		Gewichtszunahme	
		per Woche	per Tag
Nach Umfluss der 3. Woche	2700 grmm.		
„ „ „ 4. „	2920 „	220 grmm.	31,4 grmm.
„ „ „ 5. „	3150 „	230 „	32,9 „
„ „ „ 6. „	3400 „	250 „	35,7 „
„ „ „ 7. „	3640 „	240 „	34,3 „
„ „ „ 8. „	3820 „	180 „	25,7 „

Mittlere tägliche Gewichtszunahmen gestillter Kinder nach Doc. Dr. *Albrecht* 30 grmm. im ersten, 29 grmm. im zweiten Monat.

Tägliche Gewichtszunahmen von in diesem Alter mit Kindermehl ernährten Kindern, nach Prof. *Demme* und Doc. *Fleischmann* 10—15, selten 20 grmm.“

Oberhelfenswyl (Ct. St. Gallen), den 15. Mai 1882.

J. Kunz, dipl. Chemiker.

Neben obigen Zahlen darf wohl auch die Zahlenreihe angeführt werden, welche ich durch Wägungen an meinem Kinde (Knaben) festgestellt habe, das bisher das Glück hatte, fast ausschliesslich durch seine Mutter ernährt zu werden. Geburt den 20. März, Vormittags.

Datum	Gewicht	Gewichtszunahmen im Mittel per Tag	Datum	Gewicht	Gewichtszunahmen im Mittel per Tag
22. März	3230 grmm.	11,25 grmm.	23. April	4250 grmm.	38,57 grmm.
30. „	3320 „	16,5 „	30. „	4520 „	45,55 „
2. April	3378 „	27,4 „	8. Mai	4890 „	33,33 „
9. „	3570 „	41,71 „	14. „	5090 „	
16. „	3862 „	55,43 „			

Vom 9. April bis 8. Mai ist die durchschnittliche tägliche Zunahme = 45,52 grmm.; im ersten Lebensmonat etwa 27, im zweiten bisher 41,25 grmm. Ich setze die Wägungen fort und werde Ihnen gerne später die folgenden Zahlen mittheilen. Wenn man die Zahlen als Curve aufträgt, springt besonders die sehr gesetzmässige Steigerung der Gewichtszunahme in den ersten 4 Wochen in die Augen.

Nach 1 Tag Diarrhœ in der 9. Woche und momentanem Stillstand der Zunahme darauf besonders starker Appetit und Zunahme von 191 grmm. in 2 Tagen!

Zürich, 20. Mai 1882. *H.-V.*

Zürich. Schenkung. Schon vor einiger Zeit hatte der Regierungsrath beschlossen, statt der alten hölzernen Bettstellen mit Strohsack etc. neue eiserne mit Stahlfedermatratzen etc. einzuführen. Es war vorgesehen, diese Anschaffungen so durchzuführen, dass die chirurgische Klinik im Sommer 1882, die medicinische im Sommer 1883 und die propädeutische 1884 neu eingerichtet worden wäre. Nun hat aber Herr *Emanuel Berri* grossmüthiger Weise der medicinischen Klinik Fr. 13,000 zur Anschaffung von 50 neuen Betten legirt, welche bis Ende Juli erstellt sein werden. Die Betten werden sehr schöne eiserne Laden aus der Firma Triendler & Knobel in Flums, sowie Stahlfeder- und Rosshaarmatratzen haben. Ausserdem wird in allen Säälen weisse Bettwäsche und weisse Kissenüberzüge sowie überhaupt eine neue Möblirung eingeführt werden.

Ausland.

Deutschland. Morbidität. In Berlin erkrankten vom 26. Februar bis zum 25. März an Diphtherie 562 (gestorben 187), Masern 237 (6), Scharlach 122 (36), Pocken 2, Typhus abd. 73 (12), Typhus exanth. 2, Kindbettfieber 21 (9).

Wir haben in der Schweiz kaum den Anfangsversuch zu einer rationellen Gesetzgebung im Seuchenwesen gemacht und stolpern schon über allen erdenklichen und viel unglaublichen Unverstand. Und doch zeigt jede Morbiditätsstatistik, wie nothwendig (und gewiss auch erfolgreich) die Ausdehnung auf weitere Krankheitsgruppen als nur die Pest, die Cholera und die Pocken wäre!

— **Personalia.** Prof. Dr. *J. Henle* in Göttingen, der mit Recht so hochberühmte Autor im Gebiete der rationellen Pathologie und der allgemeinen Anatomie, feierte sein 50jähriges Doctorjubiläum. Die ganze medicinische Welt, wir Schweizer gewiss nicht als die Letzten, feiert in Gedanken verehrungsvoll und dankbar mit.

Greifswald. Prof. *Hüter*, der geniale Chirurg, ist soeben im Alter von 44 Jahren gestorben. Ueber seine Krankheit entnehmen wir der Deutschen medic. Wochenschrift Folgendes: „Ende März hatte *H.* einen Podagraanfall, der ihn heftiger angriff wie frühere Anfälle, die er zeitweilig hatte. Im April stellten sich Nieren- und Darmblutungen ein, welche von hochgradiger Albuminurie gefolgt waren. Schon damals litt er zuweilen an Beklemmungen, welche sich nach vorübergehender Besserung des Befindens am 11. Mai Abends in stärkerem Maasse wiederholten. Es trat sehr bald Bewusstlosigkeit ein und nach wenigen Stunden erfolgte der Tod am 12. Mai, Nachts 1 Uhr.“

England. Sir *Erasmus Wilson* schenkte der Universität Aberdeen 50,000 Dollars zur Errichtung eines Lehrstuhles für pathologische Anatomie. Ehre dem Wackern!

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 11. bis 25. Mai 1882.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Von Varicellen ist nur 1 (unzweifelhafter) Fall bei einem Erwachsenen angezeigt.

Scharlach 16 Erkrankungen (10, 10, 13), wovon 12 in Kleinbasel.

Von Typhus sind 62 Fälle angezeigt (8, 3, 3, 8), wovon 55 in Kleinbasel, 2 von auswärts importirt, die übrigen 5 zerstreut in Grossbasel. Nach dem Erkrankungstermine fallen die 55 Kleinbasler Erkrankungen auf den 2.—17. Mai.

Diphtherie und Croup 19 Fälle (18, 9, 12), wovon 12 in Grossbasel.

Von Pertussis und Parotitis sind vereinzelte Fälle gemeldet.

Erysipelas 13 Fälle (4, 9, 9), zerstreut über die Stadt.

Puerperalfieber 2 Erkrankungen in Kleinbasel.

Bibliographisches.

43) *Wiener Klinik* 1882, 3. Heft. Inhalt: *Chvostek*, Prof., Klinische Vorträge über die Krankheiten der Pfortader und der Lebervenen. Wien, Urban & Schwarzenberg.

44) *Fresenius*, Chemische Analyse des Oberbrunnens zu Salzbrunn in Schlesien. Wiesbaden, Kreidel.

45) *Hemmann*, Dr. *A.*, Die Cantonsspitalfrage im Aargau.

46) *Lutz, Adolpho*, Sobre effecto therapeutico do Quebracho colorado, These apresentada á Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. gr. 8°. 32 S. Inauguraldissertation. Rio de Janeiro, 1881.








Digitized by Google


Digitized by Google

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian und **Dr. A. Baader**
in Basel. in Basel.

N° 12. XII. Jahrg. 1882. 15. Juni.

Original-Arbeiten.

Eine Umschau.

Von Dr. **Sonderegger.**

Eröffnungsrede der 25. Versammlung des ärztlichen Centralvereins in Zürich den 26. Mai 1882.

Verehrte Herren Collegen, liebe Mitstudirende! Ich kenne keine Anrede, welche den richtigen und rechtschaffenen Arzt besser kennzeichnete und ehrte als diese, kein Wort, welches richtiger alles ausdrückte, was uns hieher geführt, was wir in der milden staubfreien Atmosphäre der Universität genossen und was wir im Kampfe des Lebens zu leisten hoffen. Das Studium, das rastlos eifrige Bemühen allein unterscheidet den Mann vom Kinde. Dem Wankelmuthe der Welt und dem trägen Beharrungsvermögen der Materie, auch unserer eigenen! setzen wir die Beharrlichkeit, das planmässige Studium, den „labor improbus“ des alten Römers entgegen. „In hoc signo vinces!“ Zu diesem Zwecke sind wir ernsthafte und arbeitsvolle Männer auch heute wieder zusammen gekommen. Jede richtige Geistesarbeit wird in ihrem Verlaufe grösser und schöner und wenn wir vielleicht heute unbefriedigter dastehen als bei unserer ersten Begrüssung, so ist das nicht nur kein Unglück, sondern ein Zeichen lebendig gewordener Kraft. Wo wir nur hinblicken, überall wartet unser eine Fülle von Arbeit.

Das Epidemiengesetz, die erste Blüthe eines sogenannten eidgenössischen Medicinalwesens, macht soeben seinen Frühling durch und gewärtigt Frucht zu treiben oder zu erfrieren. Wir alle kennen den Kampf um dasselbe und sind mit dessen Grundsätzen längst practisch vertraut, weil sie in den meisten Cantonen längst zu Recht bestehen und nichts weniger als neu sind. Culturgeschichtlich interessant aber ist der ptolemäische Standpunct, der Subjectivismus, von welchem aus es discutirt wird und welcher jeweilen seinen Canton als ein weites, für sich abgeschlossenes Land, die Schweiz als eine geistige Oase in einem wüsten-

Continente und eine persönliche Ansicht als eine Entdeckung behandelt. Wir Schweizer geberden uns, als müssten wir alle Fragen der Epidemiologie zum ersten Male bearbeiten und lösen und scheinen bittern Ernst zu machen mit dem alten Sprichwort, dass die Völker aus der Geschichte gar nichts lernen und dass jede Generation sich ihre Schläge selber verdienen will. Es ist menschlich, dass man frühzeitiger und besser für das Vieh sorgt, als für die Menschen, aber demüthigend, dass die Republik in letzterem Puncte nicht nur nicht weiter voran ist als irgend eine Monarchie, sondern mehrfach zurückbleibt.

In socialer Beziehung ist zu constatiren, dass sich im Laufe der Zeiten zwischen den Aerzten und dem Volke eine weite Kluft aufgethan hat. Trotz ganz bedeutender Entwicklung der wissenschaftlichen und technischen Tüchtigkeit ist das Ansehen der Aerzte so sehr gesunken, dass jetzt alle minderen Politiker, die sich an den verschiedenen Geistlichkeiten längst die Zähne ausgebissen haben, noch mächtig über die Medicin, als über eine grosse menschliche Verirrung herfallen.

Das kommt von unsern Tugenden und von unsern Fehlern. Die Einen von uns haben in edlem Eifer nur der Wissenschaft und mit einer hochachtbaren Treue und Aufopferung nur dem Dienste am Krankenbette gelebt, aber es gänzlich versäumt, der öffentlichen Meinung, die sich ja auch in wissenschaftlichen Dingen als mündig erklärt hat, näher zu treten; die Andern von uns haben ihre freien Stunden und Kräfte politischen, kirchlichen und nationalöconomischen Fragen gewidmet, als wäre die Stellung des Arztes selbstverständlich „fest wie der Erde Grund“.

Es ist wohl an und für sich lächerlich zu hören, dass die Aerzte aus Egoismus und aus Hochmuth darnach streben, bei allen Epidemien den Krankenstand erheblich zu vermindern, aber es ist traurig, dass dieses Argument tausendfältigen Beifall findet. Es ist paradox, dass ganze Cantone, welche auf ihr Schulwesen stolz sind, der regelrechten Schulung und Lehre im uncontrolirbarsten aller Berufe jede Bedeutung absprechen und an den Instinkt appelliren, dass im gleichen Augenblicke der Mangel einer eidgenössischen Handels- und Gewerbestatistik tief beklagt und dann wieder der Versuch zu einer Krankheitsstatistik abgewiesen, dass der Werth aller Statistik überhaupt geläugnet, zugleich aber die Statistik einer Partei als zweifellos sicher und maassgebend erklärt wird.

Es ist unsere heilige Pflicht, auch hier unsere Schuldigkeit zu thun und so weit wir können und vermögen fürzusorgen, dass wir uns mit unsern democratischen Institutionen nicht lächerlich machen und dass unser Volk nicht verleitet werde, mit den Seuchen Experimente zu machen, deren schlimmer Verlauf und Ausgang allen für uns sonst maassgebenden Culturstaaten längst bekannt ist.

Die Agitation werden wir nicht mit Agitation bekämpfen, sondern unserer ärztlichen Stellung, zu rathen und zu ermahnen, treu bleiben.

Während wir die Epidemien besprechen, welche auf Bacterien und Pilzen, auf parasitärer Grundlage beruhen, erhebt sich immer drohender das Medusenhaupt einer aus rein psychischen und socialen Ursachen hervorgehenden Epidemie, des Alcoholismus, und aus den Reihen aller gemeinnützigen Bürger, aus den

Reihen der Statistiker, der Criminalisten, der Irrenärzte, der Militärärzte und aller andern Collegen ohne Ausnahme erheben sich in steigender Zahl und Kraft die Hülferufe gegen den mächtig vordringenden Feind, welcher ganze Gauen unseres vielbesungenen und von sich selber vielgepriesenen Vaterlandes verwüstet und auch zu der alljährlichen massenhaften Auswanderung, diesem schweren Armuthszeugniss unserer Nationalöconomie, wesentlich beiträgt. Der Nothschrei dringt auch in unsere cantonalen Rathssäle, in welchen, ganz wie seiner Zeit in der Paulskirche zu Frankfurt, hochpolitische und tiefjuridische Fragen haarscharf discutirt werden, während die ganze Versammlung den Boden unter ihren Füssen verliert. Unser Volk mag, wenn ihm dieses so beliebt, Versuche anstellen mit der persönlichen Freiheit und mit der allgemeinen Confusion bei Epidemien, zumal auch mit den vielgeliebten Pocken, die Erfahrung wird Verwundete und Todte, Erstaunte und Bekehrte liefern wie anderorts; aber Alles, was wir an Seuchen zu gewärtigen und abzuwenden haben, bleibt weit zurück hinter der stationären Seuche des Branntweins, welche nicht blos Krankheits- und Todesfälle, sondern auch Armuth und Verbrechen und Entartung des Volkes zur Folge hat.

Ihre Commission hat es nach reiflicher Erwägung unterlassen, gleich unsern hochachtbaren Collegen der Centralschweiz im gegenwärtigen Zeitpuncte eine Eingabe an die Bundesversammlung zu richten, weil der französisch-schweizerische Handelsvertrag nur als Ganzes zur Annahme oder zur Verwerfung vorlag, ferner weil ein Zollansatz auf Sprit, welcher nur die französische Einfuhr und nicht auch diejenige aller andern Nachbarstaaten beträfe, wirkungslos wäre, besonders aber, weil es auch beim jetzigen französisch-schweizerischen Vertrage möglich ist, auf allen importirten Sprit noch so viel fernere Zuschlagstaxen zu legen, als wir auf den inländischen zu legen für gut finden. Die Frage spitzt sich darauf zu, dass wir, wenn es uns mit der Bekämpfung der Branntweinpest überhaupt Ernst ist, nicht blos bei unsern Nachbarn, sondern auch bei uns selber anfangen müssen. Wir sind durch die steigende Noth gezwungen, unsere vielfach verworrenen Begriffe von Gewerbsfreiheit zu läutern und uns von der Tyrannei eines Schlagwortes zu befreien.

Wohl hat Cobden und seine ganze Manchesterschule Recht, wenn sie für Industrie und Handel vom Staate ein möglichst exspectatives Verhalten fordern; aber diese Forderung gleich auch auf alle übrigen Lebensgebiete auszudehnen, ist vollständig so unrichtig, als wenn wir die für einen rein cyklischen Krankheitsprocess zulässige Exspectative auch auf alle andern, modificirbaren und heilbaren Krankheiten ausdehnen wollten. Diese von ihren Erfindern sehr gedankenlose und für die Regierungen sehr bequeme Generalisirung des „laisser faire, laisser aller“ hat uns glücklich dazu gebracht, dass in manchen Lebensgebieten der Betrüger besser gestellt ist als der ehrliche Mann, dass Zustände, welche allgemein als ein grosses Unglück erklärt werden, wie die unsinnige Zahl der Wirthschaften, doch zu Recht bestehend anerkannt sind und dass wir glauben, die Arbeit beschränken zu dürfen, die Lumperei aber freigeben zu müssen.

Ein Recht, welches mittelbar und unmittelbar ein ganzes Volk schädigt, ist eben kein Recht mehr. „Salus publica lex suprema“, das ist die Politik der

Aerzte, und deshalb fügen wir uns meist so schwer in geschlossene Parteisysteme ein. Wir sehen eben die Welt von einer andern Seite als unsere Politiker sie sehen. Wir sehen den leiblichen und geistigen Verfall des Familienlebens nicht nur bei den Armen, wir finden die bitterste Noth sehr oft auch bei den bestbezahlten Arbeitern, wir treffen Theilnahmslosigkeit und Feigheit bei vielen Besitzenden und Beamten, Classenhass und allgemeines Misstrauen beim Volke aller Parteien. Wenn aber ihrer zwei ein Unrecht begehen und ein Unglück anrichten, trifft den Stärkern die grössere Schuld und Strafe!

Wir denken, es sei unsere Pflicht, auf möglichst breiter Grundlage und im Anschlusse an alle gutgesinnten Mitbürger an die Bundesversammlung zu gelangen und zu petitioniren, dass sie durch Revision oder durch Interpretation des Art. 31 unseres Grundgesetzes die Ueberwachung und Besteuerung des Branntweins einführe und dafür die Production aller gesundheitsdienlichen Getränke kräftig unterstütze. Es wird eine Ihrer würdige Aufgabe sein, heute darüber Beschlüsse zu fassen und Ihrer Commission Rathschläge zu geben.

Ausser dem Epidemiengesetze und der Alcoholfrage verlangt auch die bevorstehende schweizerische Landesausstellung unsere Arbeit. Wir sind, ohne unser Zuthun und noch etwas zu frühe, von einer mächtigen Strömung ergriffen worden und es bleibt uns nichts übrig, als zu schwimmen oder zu ertrinken. Wir sollen im 31. Corps der grossen Friedensarmee und unter der Fahne der Hygieine vor allem Volke zeigen, ob und wie wir die modernen Naturwissenschaften für das allgemeine Wohl nutzbar zu machen wissen; wir sollen Allen einen möglichst anregenden Anschauungsunterricht über öffentliche und private Gesundheitspflege geben und bei Vielen, die uns jetzt noch ferne stehen oder uns bekämpfen, Theilnahme und Hülfe für die sociale Medicin zu erwerben suchen. Wir werden uns da nicht mit den Heldenthaten unserer siegreichen Ahnen brüsten können und werden mit unsern Leistungen hinter manchem andern Staate zurückstehen, aber diese plastische Rechnungsablage wird uns auch viele Anregungen geben und, im Gegensatze zum maasslosen Schwindel unserer Tage, eine wirkliche Popularisirung der Medicin fördern.

Mit der Ausstellung soll auch ein Cyclus öffentlicher Vorträge verbunden werden, für welche wir auf Ihre thatkräftige Mitwirkung zuversichtlich hoffen.

Ferner wartet unser die sehr zeitgemässe Arbeit, eine Unterstützungscasse für invalide Aerzte und deren Angehörige zu gründen. Auch hier haben wir im Auslande viele und rühmliche Vorbilder und sind wir keineswegs die ersten, welche ihre collegialen Pflichten wahrnehmen und erfüllen. Wir Aerzte sind keine Gäste noch Schmarotzer in der bürgerlichen Gesellschaft, sondern gehören vielfach zur hart arbeitenden Volksclasse; weder unsere Lebensdauer noch unsere materiellen Erfolge reihen uns unter die Reichen und Mächtigen ein und es ist gut so, denn wir müssen und wollen Fühlung behalten mit dem Volksleben, mit seinen Mühen und Gefahren.

Dagegen dürften wir Schweizerärzte wohl aufhören, die zusammenhangloseste aller Berufsclassen zu sein. Die Arbeit ist unter unsern Händen grösser und schwieriger geworden: Invalidenversicherung oder Todesversicherung? Wohl-



that oder Rente? Das ist hier die grundsätzliche Frage. Technisch wird sie schwierig durch die in allen Ländern sehr hohe Sterblichkeit der Aerzte, schwierig durch die grosse Divergenz der Ansichten verschiedener Cantone und Gesellschaften, — welche aber dennoch alle das lebhafteste Bedürfniss fühlen, gemeinsam vorzugehen. Wir sind heute noch nicht im Falle, Ihrer Versammlung bestimmte Vorlagen zu machen.

Unsere Aufgabe bleibt schliesslich: überhaupt anzufangen, die Aufgabe unserer Nachfolger: das Werk zu verbessern und zu erweitern.

Ferner haben Sie beschlossen, *Virchow* zu seinem Lehramtsjubiläum die Glückwünsche der schweizerischen Aerzte darzubringen und die Commission hat sich bestrebt, Ihrem Auftrage nachzukommen.

Unsere lieben Freunde und Collegen von Neuchâtel, schon seit 1871 Mitglieder des Centralvereins, haben uns im verflossenen Februar angezeigt, dass die bei einer Novembersitzung Anwesenden einstimmig beschlossen, „dem Zuge ihres Stammes und ihrer Sprache folgend“, sich der Société médicale de la Suisse romande anzuschliessen, „ohne deswegen aus dem Centralverein auszutreten.“

Wie aus der Trennung der Geschlechter nicht der Hass, sondern die Liebe entsteht, so ist die Zweitheilung der schweizerischen Aerztevereine in deutsche und romanische nicht nur kein Hinderniss, sondern eine wesentliche Förderung des gemeinsamen Handelns in allen unsern vaterländischen Berufsfragen und wir betrachten die Neuenburger als die Unsrigen wie bisher.

So stehen die Sterne, unter welchen wir uns heute versammeln. Wir sind allzumal richtige Eidgenossen, unsere Tugend ist die Liebe zum Vaterlande und unsere Sünde der Subjectivismus. Aufgeklärt sein heisst in unserer schweizerischen Politik: ein Freischärler sein, mit warmem Herzen und mit trefflicher Waffe, aber grundsätzlich undisciplinirt und schliesslich immer geschlagen. Uns Aerzte aber müssen das Leben und die Aerztevereine dazu führen, dass Aufgeklärtsein heisst: zusammenhalten!

Und noch ein Wort. Als Studirende, Strebende und Ringende gedenken wir der Vollendeten! Von einer Versammlung zur andern vermissen wir manchen lieben Freund und Collegen. Heute gedenken wir ganz besonders dreier hervorragender Männer, die wir als classische Gestalten geehrt und als fleissige Theilnehmer unserer Zusammenkünfte geliebt haben: des geistvollen *Rahn-Escher*, des edlen *Meyer-Hofmeister* und des gelehrten *De la Harpe*, dessen liebenswürdige Aufmerksamkeiten für den Centralverein wir seiner romanischen Aerztegesellschaft viel zu wenig erwiedert haben. Alle drei Collegen waren Glieder uralter Aerztefamilien, Mediciner durch Vererbung und durch Wahl, von allen dreien galt das Wort des Horaz: „Fortes creantur fortibus et bonis.“

Mögen auch unsere Leistungen einmal einer dankbaren Erinnerung werth sein!

Tit.! Ich lade Sie ein, sich von Ihren Sitzen zu erheben, um das Andenken der Verstorbenen zu ehren — und erkläre die Versammlung als eröffnet!



La Névrose hypnotique devant la Médecine légale.

DU VIOL PENDANT LE SOMMEIL HYPNOTIQUE.

Rapport médico-légal par le Dr. **Ladame** de Neuchâtel (Suisse).

(Fin.)

D'après les documents qui précèdent résumant les seuls faits authentiques publiés à ce jour, et la discussion à laquelle nous les avons soumis, ainsi que d'après l'expérience que nous avons acquise des phénomènes et des symptômes de la Névrose hypnotique, après avoir lu attentivement les pièces du dossier de Louis V. accusé de viol sur la personne de Maria T. nous avons répondu comme suit aux questions spéciales qui nous avaient été posées par M. le procureur général, dans un rapport médico-légal que nous lui avons remis à la date du 29 Mars 1882.

Première question. Le récit de Maria T. doit-il être considéré comme vraisemblable dans ses traits généraux?

Réponse. Oui, ce récit est vraisemblable dans ses traits généraux. Lorsque Maria T. déclare qu'elle perdait toute volonté en présence de Louis V., cette assertion est évidemment entachée d'éxagération, mais ce qu'on doit admettre c'est que ce dernier réussissait toujours, même contre la volonté de cette fille, à la „magnétiser" et qu'il n'avait besoin que d'un signe ou d'un regard pour l'endormir soudainement et profondément. Ce phénomène est habituel chez les personnes qui ont été fréquemment endormies et nous avons pu le constater bien souvent. Nous pensons qu'on peut admettre aussi dans ses traits généraux la vraisemblance de la scène qui se serait passée la veille de Noël, en particulier celle du passage suivant de la déposition de la plaignante au sujet duquel nous avons cependant une réserve à présenter:

„Il (Louis V.) m'a magnétisée à la cuisine sans m'en demander la permission, puis à un certain moment je me suis à demi-réveillée, j'ai vu confusément que j'étais sur son lit et j'ai senti qu'il était sur moi; j'ai voulu le repousser mais je n'avais aucune force et lorsqu'il a vu cela il m'a endormie encore plus profondément que la première fois, j'ai aussi voulu crier, mais je ne l'ai pu, etc. etc."

Pour comprendre et admettre la vraisemblance de ce récit il faut savoir qu'il existe plusieurs degrés dans le sommeil hypnotique et que, lorsqu'il n'est pas très profond, la conscience peut être conservée jusqu'à un certain point. Le premier degré de ce sommeil est une sorte d'engourdissement. Le sujet a conscience de ce qu'on lui fait, il se figure même qu'il peut réagir, mais il est déjà impuissant. M. *Ch. Richet*, professeur de physiologie à Paris, rapporte qu'un de ses amis, étant seulement engourdi et non tout à fait endormi, a particulièrement bien étudié ce phénomène d'impuissance coïncidant avec l'illusion de la puissance. „Lorsque je lui indique un mouvement" dit M. *Richet*, „il l'exécute toujours, même lorsque avant d'être magnétisé, il était parfaitement résolu à me résister."

Dans ce degré du sommeil, la personne hypnotisée s'imagine qu'elle peut résister, en réalité elle ne résiste pas. Elle se fait donc illusion sur son pouvoir de résistance. Si donc Maria T. affirme qu'elle a voulu repousser son séducteur mais qu'elle n'avait aucune force, qu'elle a voulu crier mais qu'elle n'a pas pu etc., nous devons admettre qu'elle s'imaginait pouvoir crier et résister mais qu'elle n'en avait



pas la volonté, car ce n'est pas la force qui manque pendant le sommeil „magnétique“, c'est la volonté qui est paralysée. En donnant cette signification aux paroles de Maria T. et toute réserve faite quant à la possibilité d'une invention mensongère, nous pouvons conclure que rien dans son récit n'est en contradiction avec les phénomènes connus du sommeil „magnétique“ ou hypnotique, et que rien n'autorise en conséquence à regarder l'histoire racontée par cette fille comme invraisemblable dans ses traits généraux.

Deuxième question. Le coït a-t-il pu avoir lieu dans les conditions indiquées et sans qu'elle ait pu se rendre compte des attouchements qu'elle subissait?

Réponse. Les opérations les plus douloureuses ont été faites sur certaines personnes plongées dans l'état hypnotique sans qu'elles en aient eu conscience. — Nous avons constaté nous-même bien souvent la réalité de cette insensibilité absolue chez certaines personnes hypnotisées. Il est établi cependant que, chez une femme, la sensibilité à la douleur et au contact peut être complètement abolie, sans que pour cela la sensibilité spéciale des organes génitaux soit éteinte. On a souvent observé ce fait chez les hystériques dont la sensibilité générale avait disparu tandis qu'elles conservaient la plénitude de la sensibilité génitale ou même une exaltation de cette dernière qui peut aller parfois jusqu'à la nymphomanie. Mais, dans le sommeil hypnotique on constate l'abolition absolue de tous les modes de la sensibilité, comme dans celui qui résulte de l'action des agents anesthétiques, quand le degré du sommeil „magnétique“ est assez profond. Nous devons donc admettre avec tous les médecins qui nous ont précédé dans cette étude médico-légale qu'une fille peut être violée dans le sommeil dit magnétique sans se rendre aucun compte des attouchements qu'elle subit. On comprend néanmoins que la simulation de cas semblables soit des plus faciles et nous devons émettre toutes nos réserves quant à la possibilité de cette simulation.

Ces réserves faites, nous répondrons à la deuxieme question posée ci-dessus:

Oui, le coït a pu avoir lieu dans ces conditions, et sans que la jeune fille ait pu se rendre compte des attouchements qu'elle subissait.

Troisième question. La volonté était-elle complètement paralysée chez cette jeune fille et n'a-t-elle pu opposer à son séducteur aucune résistance?

Réponse. Toute réserve étant faite quant à la possibilité d'une simulation et en admettant comme réel le sommeil hypnotique provoqué chez la jeune fille, nous répondrons aussi à cette troisième question par l'affirmative. Oui, si Maria T. a été endormie par Louis V., dans les circonstances où elle l'accuse, elle n'a pu opposer à son séducteur aucune résistance. — En disant que la volonté est complètement paralysée chez les personnes hypnotisées, il ne faudrait cependant pas en conclure que le magnétiseur peut faire tout ce qu'il veut de son sujet, comme on le lit dans quelques dépositions de témoins, entre autres dans celle de la soeur de Maria T., femme Y. qui a souvent assisté aux expérienses de „magnétisme“ faites par Louis V. sur Maria T. Les phénomènes qui peuvent être obtenus par l'opérateur sur la personne qu'il a „magnétisée“ sont soumis aux lois de la physiologie du système nerveux et spécialement à celles qui régissent les réflexes



(il y a des réflexes ou actes automatiques moteurs, sensibles et psychiques) comme on nomme dans la science cet ordre de phénomènes. On ne pourra donc obtenir du sujet endormi que certaines représentations bien déterminées et caractéristiques.

Chacun sait combien les expériences publiques des magnétiseurs sont monotones à la longue et peu variées. Le fond de ces exhibitions ne change jamais; c'est toujours l'épingle qu'on passe à travers le bras; puis la contraction totale du corps qu'on suspend entre deux chaises, puis surtout la fascination et son bruyant cortège. En fournissant à un sujet endormi le thème d'hallucinations appropriées un opérateur habile peut aussi chez certaines personnes, provoquer des actions en rapport avec le rêve qui se déroule devant leur imagination surexcitée. Il semble alors que l'opérateur a réellement le pouvoir de diriger à son gré la volonté du sujet, tandis qu'en réalité il ne dirige qu'une hallucination. On conçoit cependant combien un pareil état est plein de péril pour le sujet halluciné qui peut ainsi être amené sans résistance à commettre des actions dont il n'a aucune conscience ni aucun souvenir à son réveil.

Quatrième question. La conception est-elle possible lorsque la femme est dans un état d'insensibilité absolue?

Réponse. Oui, la conception est possible dans cet état. Pour l'accomplissement de la fécondation il n'est pas nécessaire que les femmes (ni les hommes) éprouvent des émotions voluptueuses; il suffit pour cela que le sperme soit éjaculé (on injecté de suite après l'éjaculation) dans les parties sexuelles de la femme et arrive au contact d'un ovule. La seule condition nécessaire à la fécondation c'est la rencontre matérielle du sperme et de l'œuf vivants dans l'appareil génital interne de la femme. On connaît plusieurs cas bien avérés où l'ivresse, le narcotisme, la catalepsie, l'accès épileptique, l'imbécillité, l'idiotisme n'ont pas empêché la conception d'avoir lieu; il n'est donc pas douteux qu'une femme violée dans un état d'insensibilité absolue puisse concevoir. On a pu révoquer en doute la possibilité de la conception dans les cas de ce genre à une époque où l'on admettait pour que celle-ci ait lieu, la nécessité d'une certaine participation active des sens de l'homme et de la femme.

Actuellement il suffit de poser la question, comme elle est formulée ci-dessus, pour la résoudre; les expériences des physiologistes sur la fécondation artificielle et les observations des médecins ont mis hors de doute la possibilité de la conception dans les circonstances les plus défavorables en apparence, et un homme accusé de viol ne pourra plus jamais alléguer la grossesse de la femme comme preuve que le coït a eu lieu de consentement mutuel.

Après avoir répondu aux quatre questions qui nous ont été plus spécialement posées par M. le procureur général, il nous reste à envisager le cas qui nous est soumis sous une autre face, celle qui est exprimée par les résultats de l'enquête de M. le juge d'instruction de la Chaux-de-Fonds qui conclut de la manière suivante dans sa lettre du 20 Février 1882:

„Il résulte pour moi de cette enquête que les dires de la fille T. sont faux et qu'elle les a inventés pour obtenir une place à la maternité de Berne pour son

accouchement. Jusque là elle n'a rien dit à personne. Je puis me tromper, mais tout cela me fait l'effet d'un chantage."

Existe-t-il un moyen d'éclaircir cette question douteuse, et pouvons nous arriver à savoir d'une manière certaine s'il s'agit ici oui ou non d'un chantage ou d'un crime? En l'absence de tout témoin étranger à la scène qui s'est passée entre Louis V. et Maria T. la veille de Noël nous devons conclure qu'il est impossible d'affirmer que cette fille a été réellement hypnotisée dans un but criminel par Louis V.

Cependant il y a peut-être un moyen de le savoir, moyen bien nouveau et bien délicat, que je mentionne sous toutes réserves, et qui a été déjà employé et expérimenté devant la chambre des appels correctionnels de la Seine au commencement de l'année dernière. — Nous empruntons la relation de cette affaire à la publication qui en a été faite par l'expert M. le docteur *Motet* dans les annales d'Hygiène publique et de Médecine légale, 4e Série No. du 27 Mars 1881, page 214, sous le titre „Accès de Somnambulisme spontané et provoqué. Prévention d'outrage public à la pudeur. Condamnation. Irresponsabilité. Appel, infirmation et acquittement. Relation médico-légale."

Dans son audience de 26 Janvier 1881, la chambre des appels de police correctionnelle a infirmé un jugement du Tribunal de première instance condamnant à trois mois de prison, sous la prévention d'outrage public à la pudeur le nommé D. Cet homme avait été arrêté le 18 Octobre 1880, à huit heures et demie du soir, par les agents du service des mœurs, en surveillance aux environs d'un urinoir public, rue Sainte Cécile.

Ces agents affirmaient avoir vu beaucoup de choses et avoir constaté que D. était resté plus d'une demi-heure dans l'urinoir. Ils prétendaient même que D. avait provoqué l'un d'eux; dans tous les cas ils ne pouvaient dire que la provocation se fut adressée à aucune autre personne.

D. brusquement entrainé par eux, protesta en vain de son innocence. On le conduisit au poste de police, de là au dépôt. Dans les trois jours, il fut jugé, condamné, envoyé à la prison de santé. Il y arriva malade et fut placé à l'infirmerie.

Appel fut interjeté; une expertise fut ordonnée et confiée au Dr. *Motet* qui présenta à cette occasion un rapport médico-légal concluant que D. n'avait pu commettre l'outrage public qui lui était reproché et que si son attitude, le long temps passé par lui dans un urinoir public, ont pu paraître suspect aux agents en surveillance, cette attitude singulière, cet arrêt prolongé trouvent une explication dans les conditions pathologiques particulières de D., sujet à des accès spontanés de somnambulisme pendant lesquels il perd absolument conscience de lui-même.

La cour cependant hésitait et manifestait quelques doutes. L'avocat-général demandait au médecin expert de prouver qu'au moment où il fut arrêté. D. était réellement dans l'état d'inconscience précité. M. *Motet* proposa alors de rendre témoin la cour de l'expérience très simple du sommeil hypnotique provoqué et de ses manifestations caractéristiques.

Le président de la chambre des appels n'ayant d'autre souci que celui d'arri-

ver à la vérité autorisa le savant expert à offrir de suite à la cour les moyens de se convaincre.

Laissons parler M. le docteur *Motet:*

„Voici", dit il, „comment nous avons procédé. D. peut être facilement hypnotisé. Il suffit de le forcer à regarder fixement pendant quelques instants: c'est ainsi que nous le fîmes entrer dans la période de somnambulisme provoqué, où, cessant de s'appartenir il était dépossédé de sa volonté et subissait la nôtre; nous étions enfermés avec quelques-uns de MM. les conseillers dans la chambre du conseil; lui, était dans la salle des prévenus. Nous l'appelons; dès qu'il entend notre voix il se précipite, écartant les gardes de Paris mis sur son passage, avec la vigueur d'un homme qui renverse un obstacle, ouvre la porte de la salle et arrive à nous, s'arrête immobile et attend. A ce moment il ne connaît que nous, ne voit que nous, obéit à nous seul. M. le président ayant désiré s'assurer de la perte du souvenir des faits appartenants à l'accès nous demande à voix basse de lui ordonner d'ouvrir ses vêtements, son pantalon.

„Nous lui disons: D. déshabillez-vous.

„Il enlève ses vêtements avec une sorte d'emportement.

„Puis, sur l'invitation de M. le président, nous lui demandons:

„Qu'avez-vous fait dans l'urinoir, vous souvenez-vous? Et nous le plaçons devant le mur. Il prend son mouchoir l'approche de nous et fait le geste de s'essuyer la bouche; il répète ce geste plusieurs fois de suite.

„Nous le réveillons par une simple insufflation d'air froid sur les yeux et sa physionomie exprime un profond étonnement de se trouver là.

„M. le président s'approche de lui et lui dit: D. vous venez de vous découvrir devant nous.

„— Je ne crois pas, Monsieur", répondit-il.

„— Tous ces Messieurs vous ont vu comme moi. Regardez, vous êtes encore déboutonné, votre pantalon est ouvert.

„— Monsieur, je ne m'en souviens pas. —

. . . .

D. fut reconduit dans la salle des prévenus et la cour, ayant repris l'audience, rendit l'arrêt suivant:

„Attendu que, s'il paraît établi que D. ait commis les faits qui lui sont reprochés il n'est pas suffisamment établi qu'il en ait la responsabilité morale;

„Considérant, en effet, qu'il résulte de l'examen du docteur *Motet*, remontant à une date ancienne, que le prévenu se trouve souvent en état de somnambulisme; que dans cet état il ne saurait être déclaré responsable de ses actes; attendu que cet examen se fortifie d'une nouvelle expérience fait en chambre du conseil; que dans ces circonstances D. ne saurait être considéré comme responsable;

„La cour infirme le jugement frappé d'appel, et renvoie D. des fins de la plainte."

Le cas de M. le docteur *Motet* nous offre la démonstration d'un fait qui est pour ainsi dire constant dans le sommeil hypnotique, c'est que le souvenir de ce qui s'est passé dans un premier sommeil revient chez la personne endormie toutes



les fois qu'on provoque chez elle une nouvelle attaque d'hypnotisme, quand bien même au réveil ce souvenir a complètement disparu et qu'il s'est écoulé dès lors un temps assez long. C'est ainsi que le docteur *Macario* (Du sommeil, des rêves, du somnambulisme etc. Lyon 1857) cité par le docteur *P. Despine* de Marseille (Etude scientifique sur le somnambulisme etc. Paris 1880, page 98) publie l'observation d'une jeune somnambule qui fut violée pendant un accès. Eveillée, elle n'avait pas connaissance de l'outrage dont elle avait été victime, de même que les meurtriers somnambules n'ont pas connaissance de l'acte qu'ils viennent de commettre; mais dans l'accès suivant, l'activité automatique inconsciente du cerveau, qui seule avait été impressionnée par le viol, rappela cette impression, la révéla par la parole, et la mère de cette jeune fille, présente à cette révélation, connut alors le crime. Car, s'il n'existe dans les archives de la médecine légale que les quatre cas authentiques dont nous avons donné le résumé dans ce travail, il n'en faudrait pas tirer la conclusion que les faits d'outrage et de viol soient rares dans les annales du „magnétisme". Au contraire, dès les débuts du Mesmérisme on a signalé les désordres et les conséquences déplorables pour la moralité publique que pouvaient provoquer les pratiques et les manœuvres des „magnétiseurs" (voir le rapport secret de Bailly [J. Sylvain]: Rapport des commissaires chargés par l'académie des sciences de l'examen du magnétisme animal. Paris 1784).

Il pourrait sembler, d'après ce que nous venons de dire, que rien n'est plus facile que de déterminer d'une manière certaine, dans un cas donné, si le viol a eu réellement lieu pendant le sommeil hypnotique ou s'il s'agit d'un chantage. Il suffirait pour cela d'endormir la personne qui a subi l'outrage; elle révélerait alors pendant l'état hypnotique tous les détails de la scène qui s'est passée entre elle et son séducteur! En réalité, rien n'est plus délicat que cette expérience et nous pensons que jamais peut-être on ne fondera sur elle un jugement motivé. On doit se rappeler en effet que les hypnotiques sont sujets à des rêves et à des hallucinations qu'ils prennent pour des réalités et dont ils décrivent les détails avec la plus grande précision. Il est vrai que le souvenir de ce qui s'est passé dans une précédente attaque d'hypnotisme revient avec netteté et persistance dans les attaques subséquentes et qu'ainsi, dans certains cas, on peut obtenir la révélation de ce qui a eu lieu pendant un premier accès. — Le cas de D. publié par le docteur *Motet* nous en fournit un exemple frappant. — Mais, d'un autre côté, on ne saurait trop se mettre en garde contre les dangers d'une semblable expérience et nous reproduirons en terminant le passage suivant de la „Névrose hypnotique" où nous avons traité ce sujet de l'importance de l'hypnotisme au point de vue de la Médecine légale, passage qui servira de conclusion générale à ce travail.

„Les exemples que nous avons cité", disons-nous à la page 160 du livre susnommé, „montrent que le somnambulisme provoqué peut donner lieu à des révélations importantes; mais, qui oserait, même dans une circonstance légère motiver son jugement d'après les aveux ou les accusations d'un somnambule? Les personnes névropathiques sont portées à tromper de bonne foi, pour ainsi dire, à mentir sans raison et sans but. C'est là un des symptômes de l'hystérie; et bien souvent nous avons pu constater la tendance à l'éxagération et aux fausses inter-

prétations chez les sujets hypnotiques. Nous ne pensons donc pas qu'on se serve jamais de l'hypnotisme pour arracher aux sujets la confession de secrets cachés au fond de leur cœur, ou pour divulguer les confidences qu'une personne accusée aurait pu leur faire. — Non, si l'étude de l'hypnotisme peut avoir un résultat utile en médecine légale, c'est, au contraire, dans un sens tout opposé au précédent. En faisant mieux connaître les étranges aberrations que l'hystérie et la névrose hypnotique amènent dans l'intelligence, cette étude suscitera un doute salutaire sur la validité des témoignages et sur la validité même des aveux d'un accusé.

„Que d'innocents condamnés sur la confession de crimes imaginaires! L'histoire des démoniaques, des convulsionnaires, des trembleurs et des illuminés, les procès d'Urbain Grandier et de Gauffredi, brûlés vifs sur le témoignage d'hystériques hypnotisées, l'histoire des sorciers et des possédés, tant d'autres histoires sanglantes sont là pour en témoigner."

„Si le mot sorcellerie fait aujourd'hui sourire, si le somnambulisme qui se produit sur les foires et dans les théâtres, si quelques mediums, qui donnent aux badauds de salon des séances de métaphysique amusantes, représentent aujourd'hui, comme le dit le docteur *Matthias Duval*, les derniers vestiges de ce qui fut autrefoit une puissance redoutable, il n'en est pas moins vrai de dire que la magie et la sorcellerie, qui se sont transformés avec la civilisation et se présentent à nous sous les noms de magnétisme animal et de spiritisme, un autre poison de l'esprit, méritent à tous égards de fixer l'attention des savants, des médecins et des législateurs."

Voici les conclusions qui terminent le rapport médico-légal que j'eus l'honneur d'adresser à M. le procureur général de la République et Canton de Neuchâtel sur l'affaire Louis V.

„En récapitulant les principaux faits mis en lumière par le rapport ci-dessus nous pouvons prendre les conclusions suivantes:

„1. Nous devons admettre que Maria T. a pu être violée par Louis V. après avoir été plongée par ce dernier dans le sommeil magnétique ou hypnotique. Dans cet état elle n'a pu s'opposer à l'outrage qu'elle subissait et elle n'a conservé aucun souvenir de ce qui s'est passé ou seulement un souvenir confus d'une partie de la scène.

„2. La conception a très bien pu être la suite du viol, et la date de l'accouchement de cette fille démontre que le moment de la fécondation coïncide avec l'époque du viol présumé.

„3. En l'absence d'une expertise médico-légale faite immédiatement après la scène qui se serait passée la veille de Noël, il est impossible d'affirmer actuellement que Maria T. a été réellement endormie dans un but criminel et violée ce soit là par Louis V.

„4. Il serait sans doute facile d'obtenir une description détaillée de cette scène en hypnotisant Maria T., mais l'expérience est très délicate et peut induire en erreur par le fait que dans le sommeil hypnotique on peut suggérer volontairement ou involontairement à la personne endormie des rêves et des hallucinations dont elle décrit les détails avec une précision étonnante.



„Cette description peut en imposer et faire croire faussement à la réalité de la scène rêvée par l'halluciné.

„5. Quoiqu'il en soit, la démonstration du sommeil hypnotique provoqué chez Maria T. sera toujours un élément important d'information pour l'enquête de cette affaire, mais les résultats obtenus par ce moyen ne pourront en aucun cas servir de témoignage suffisant pour motiver au jugement décisif et certain."

Conformément au préavis de M. le procureur général la chambre des mises en accusation rendit un arrêt de non lieu dont voici les principaux considérants:

„Attendu que le récit de l'état physiologique dans lequel Maria T. dit s'être trouvée dans la circonstance indiquée (la veille de Noël) n'est pas la démonstration absolue de la vérité de ce récit, puisque, hypnotisée en d'autres circonstances, il lui était facile de donner une description exacte de ce genre de phénomènes;

„Attendu que d'autre part Louis V. dit qu'au moment où il rentrait à la maison il a rencontré les époux B. qui venaient de souper, les a priés de l'attendre, n'a soupé que d'une assiette de potage et s'est hâté de les rejoindre dans la rue au bout de quelques minutes;

„Attendu que l'exactitude de ce récit est confirmée par plusieurs témoins;

„Attendu que l'enquête établit que la fille Maria T. mène une conduite peu régulière;

„Attendu d'autre part qu'il y a lieu d'être surpris que la fille Maria T. n'ait jamais porté plainte contre l'auteur des actes dont elle se disait victime et qu'elle se soit bornée à la révéler au pasteur de la paroisse allemande de la Chaux-de-Fonds, au moment où elle cherchait à obtenir, par la recommandation de celui-ci, son admission à la maternité de Berne;" etc. etc.

Par ces motifs, et d'autres que nous passons sous silence, la Chambre d'accusation prononce qu'il n'y a pas lieu de donner suite à cette enquête et ordonne le dépôt du dossier au greffe du Tribunal criminel.

Vereinsberichte.

XXV. Versammlung des ärztlichen Centralvereins in Zürich

Freitag, den 26. Mai, Abends und Samstag, den 27. Mai 1882.

Präsident: Dr. *Sonderegger*. Schriftführer ad hoc: Dr. *E. Haffter*.

I. Der Vorabend.

Grosse Ereignisse haben ihren Vorabend. Der schweizerische Aerztetag hat den seinigen und mit Recht legt man in den letzten Jahren mehr Gewicht darauf, als früher, und wird die Betheiligung daran mit jedem Male eine grössere; denn — „der Abend" war von jeher „das Beste" und unter den hochgehenden Wogen rauschender Begeisterung, wie das gemeinschaftliche Banket des Haupttages sie aufwirft, gedeiht niemals jene behagliche Gemüthlichkeit, die Bier trinkt, raucht, singt, plaudert und „an der Erinn'rung Tatzen saugt", die jedem Einzelnen in's Tiefinnerste geht und aus den dort herumliegenden und zum Theil in der Alltagsmaterie unsichtbar verborgenen Fragmenten der einstigen Studentenherrlichkeit

den alten flotten Burschen von ehemals möglichst naturgetreu wieder zusammenkittet und ihn sein Gaudeamus mit ähnlicher Begeisterung singen lässt, wie vor 10 oder 20 und mehr Jahren!

Also auf nach Zürich zum Vorabend! O Zürich, du Schöne! O Zürich, du Feine! — Wie lacht doch Jedem, dem du einst gehörtest, das Herz, wenn er dich wieder sieht!

Da grüssen sie — die alten Freunde Uetliberg und Zürcherberg, See und Stadt, — jedes Haus und jeder Baum eine Erinnerung. — Hehr und glanzvoll ragt an dominirendem Platze der Bauten schönste und grösste aus dem Häusermeer empor, nicht eine Veste mit Feuerschlünden, Wällen und Brustwehren, sondern eine Burg der Wissenschaft, ein Tempel der einzig wahren Freiheit, an dessen lodernden Altären Mancher von uns Licht und Wärme für's Leben und für seinen schweren Beruf sich geholt hat. — Stehe fest, du herrlicher Hort und begeistere weiterhin die Herzen deiner Jünger für Wahrheit und Wissen und waffne sie zum Kampfe gegen die Feinde derselben: Dogmatismus, Mysticismus, Indifferentismus — und wie sie alle heissen, die dem geraden Weg des wissenschaftlichen Strebens sich entgegenstellen!

Auf Abends 7 Uhr hatte der ärztliche Verein der Stadt Zürich zu einer Sitzung eingeladen und der freundliche Ruf verklang nicht ungehört. Von allen Seiten kamen sie, die lieben Collegen aus dem Schweizerländli und gegen 7 Uhr glich das Hôtel National einem Bienenkorbe, durch dessen Flugloch sich Alles emsig nach der grossen Zelle, dem mit orientalischem Pomp ausgestatteten neuen Saale, drängte, — Einige, um die Früchten ihres Fleisses abzulegen, die Meisten, um zu empfangen. Als Königin functionnirte Freund *Haab*; auf seinen Wink setzten sich die in lustigem Gesumme durch einander wogenden Arbeiterbienen zu geordneten Reihen; nur einige Drohnen streckten sich saumselig vor dem Biertische der Restauration und mussten durch Extrabefehl ad loca citirt werden. —

Nachdem Jeder seinen Sitz unter und sein Trünklein vor sich hatte, wurde die Sitzung durch den derzeitigen Präsidenten, Herrn Dr. *Haab*, folgendermaassen eröffnet:

Hochverehrte Versammlung!

„Im Namen der Gesellschaft der Aerzte in Zürich heisse ich Sie alle herzlich willkommen, die Sie von fern und nahe sich eingefunden haben zur abermals wiederkehrenden Versammlung unseres Centralvereines. — Wie schwer es dem practischen Arzte wird, sich herauszuwickeln aus der ihn das ganze Jahr umklammernden Praxis, wir wissen es ja Alle. Und wenn er endlich per Dampf oder geflügelten Fusses seinem Berufskreis entflohen, ist er doch für die ersten Stunden noch in Gedanken beschäftigt mit dem und jenem Kranken, mit dieser und jener Diagnose und Prognose und findet sich nur langsam hinein in die Stimmung, welche rückhaltlos einen ganzen Tag der Geselligkeit, dem Wiedersehen alter Freunde und Lehrer, dem Wiedersehen der Alma mater und ihrer Schätze sich hingeben soll. Damit dieser Uebergang von der ernsten Praxis zur Festfreude ein leichterer, ein natürlicherer werde, begrüsst auch dieses Jahr die ärztliche Gesellschaft der Stadt Zürich Sie mit einer wissenschaftlichen Sitzung und betont



damit zugleich auch die Bedeutung des Congresstages, der uns nicht blos Gelegenheit bieten soll, alte Freunde und Bekannte wieder zu sehen, sondern auch den Fortschritten unserer Wissenschaft einige Stunden directer Anschauung zu widmen. Denn mächtig wird gerade jetzt in allen Gebieten der Medicin aller Orts weiter gearbeitet; rastlos häuft die Forschung Arbeit auf Arbeit; emsig reisst sie Altes zusammen und baut Neues auf, und wenn je, darf man jetzt ausrufen: Wehe dem, der sich begraben lässt vom Schutt und Aufbau dieser gewaltigen Werkstatt! — Wir aber wollen oben bleiben, selbst mitarbeiten und dadurch auch das Recht uns bewahren, das Neue beurtheilen und, wenn es nichts taugt, selbst wieder niederreissen zu dürfen.

Mit diesem Wunsche erkläre ich unsere heutige Sitzung für eröffnet."

Als erstes Tractandum folgt ein Vortrag von Dr. *Kauffmann*, worin er das vielerorts jodoformirte ärztliche Gewissen aufschreckt mit dem Rufe: Achtung mit dem Jodoform! Sein Schaden ist grösser, als sein Nutzen! (Folgt in extenso.)

Dr. *O. Haab* trägt vor Ueber die Schädigung des Auges durch Sonnenlicht, welches Thema ihm durch die 10 Tage vorher stattgefundene Sonnenfinsterniss nahe gelegt wurde und das allgemeiner bekannt zu werden verdient, als es wohl der Fall ist.

Dafür, dass eine die Retina schädigende Blendung des Auges nur unter ganz ausnahmsweisen Bedingungen zu Stande kommen kann, sorgt in sehr zweckmässiger Weise die Contraction des Sphincters der Iris. Einmal wird dadurch die in's Auge gelangende Lichtmenge entsprechend reducirt. Sodann aber ist die starke und rasche Zusammenziehung dieses Ringmuskels von einem so lebhaften Schmerze begleitet, dass reflectorisch sofort mächtige Abwehrbewegungen — Abwenden des Kopfes, Schluss der Lider etc. — ausgelöst werden.

Nur dann, wenn ein noch mächtigerer Willensimpuls diese Abwehrbewegungen verhindert, kommt die Ueberblendung zu Stande. Dies wird gewöhnlich nur in zwei Fällen stattfinden: 1) wenn eine directe Betrachtung der Sonne intendirt wird, gleichviel, ob dabei vielleicht noch ungenügend gefärbte Gläser zu Hülfe genommen werden, 2) kann die Ueberblendung durch indirectes Sonnenlicht gebieterisch aufgenöthigt werden, nämlich bei längerem Aufenthalt auf sonnenbestrahlten Schneefeldern im Gebirge, vorausgesetzt, dass Schneebrillen fehlen oder nicht getragen werden können.

Ueber die letztere Form von Blendung, welche zu der bekannten „Schneeblindheit" führt, möchte Vortr. um so mehr sich ein paar Bemerkungen erlauben, als einerseits jeder der Zuhörer unter Umständen in die Lage kommen könnte, einem Schneeblinden mit ärztlicher Hülfe beispringen zu müssen, und anderseits auch Veröffentlichungen solcher genau untersuchter Fälle sehr wünschbar wären, indem die bis jetzt vorhandenen genauer untersuchten Fälle sehr spärlich sind, in der Schweiz aber sich genügend Gelegenheit bieten dürfte, die Schneeblindheit zu sehen und zu studiren. — Es hat auch vor Kurzem Prof. *Schiess* in Basel einen Beitrag zu der spärlichen Literatur über Schneeblindheit geliefert durch Schilderung zweier Fälle seiner Beobachtung. Als Hauptsache des qualvollen Zustandes betrachtet er eine Conjunctivitis, welche durch die verdünnte trockene

Gebirgsluft vereint mit der starken Sonnenstrahlung verursacht werde. An dieser Conjunctivitis ist nicht zu zweifeln. Hat ja sogar, wie *Gardner* in gewissen Gegenden Nordamerika's beobachtete, die tagelang fortgesetzte Wanderung über öde, sonnenbeschienene Schneefelder unter Umständen nicht nur Conjunctivitis, sondern sogar Hornhautgeschwüre zur Folge. Allein diese durch Austrocknung bedingte Conjunctivitis, die ohne weiteres der auch bei Bergsteigern vorkommenden Dermatitis an die Seite zu stellen ist, bildet offenbar nur eine der drei Componenten, aus denen sich der Symptomencomplex der Schneeblindheit zusammenzusetzen scheint. Denn die furchtbaren Augenschmerzen, welche meist die Schneeblinden befallen, können unmöglich lediglich conjunctivaler Natur sein, sondern wie Vortr. glaubt, handelt es sich hier um jenen hochgradigen Schmerz, den die starke Contraction des Sphincters der Iris hervorzurufen pflegt, um einen Ciliarschmerz, vergleichbar dem bei einer Iritis. Dies wurde Vortr. zur Gewissheit, als er die Schilderung las, die *Whymper*, der bekannte kühne Bergsteiger, von seiner Expedition auf den Berg Antisana in Ecuador gibt. Er führte diese Besteigung im März 1880 aus und war beim Abstieg genöthigt, die Schneebrille wegzulassen, weil er sonst bei dichtem Nebel in diesem gänzlich fremden Gebiet den Weg nicht gefunden hätte. In Folge dessen wurde *Whymper* von furchtbaren Schmerzen in den Augen befallen, so dass er die ganze Nacht schlaflos sich auf seinem Lager wälzte. Wäre der Schmerz nicht sehr bedeutend gewesen, so würde dieser abgehärtete Mann wohl kaum von seinem damaligen Zustande eine so lebendige Schilderung entworfen haben. — Hiezu kommt, dass in mehreren Fällen von Schneeblindheit die Pupillen sehr stark contrahirt gefunden wurden.

Schon *Carron du Villars* erwähnt, dass anno 1793, als mehrere Regimenter Soldaten zur Winterszeit auf dem Mont Cenis campirten, viele Soldaten von Schneeblindheit befallen wurden und dass dabei die meisten stark verengte Pupillen hatten. Bei einigen soll auch wirkliche Myosis, also abnorme Verengerung der Pupille, zurückgeblieben sein. Auch Prof. *Schiess* beobachtete in einem seiner Fälle starke Verengerung der Pupille. Dies alles berechtigt zu der oben erwähnten Annahme des Vortr., dass ein wirklicher Krampf des Sphincters der Iris, hervorgerufen durch die protrahirte Contraction dieses Muskels in Folge der langen, grellen Beleuchtung zu jenen Schmerzen und jenem Blepharospasmus führt, welche die hervorstechendsten Symptome der Schneeblindheit bilden.

Ist diese Annahme *Haab*'s richtig, so folgt daraus, dass Schneeblindheit am raschesten der energischen Application von Atropin weichen würde (oder falls solches nicht zur Hand: Extract. Belladonnæ) und empfiehlt daher Vortr. vorkommenden Falls diese Behandlung, mit Vermeidung der üblichen kalten Umschläge.

Zu der Conjunctivalreizung und zu dem Krampf des Iris-Sphincters kommt nun als dritte Componente bei der Schneeblindheit die Schädigung der Netzhaut durch die anhaltende grelle Beleuchtung derselben. Diese führt zu einer wirklichen Blindheit in dem Sinne, als die Netzhaut in einen Grad von Ermüdung geräth, welcher die Sehschärfe ganz beträchtlich reducirt. Diese Läsion der Netzhaut ist nahe verwandt mit der Eingangs erwähnten Schädigung des Sehorganes

durch unvorsichtiges Betrachten einer Sonnenfinsterniss. Während aber bei der Schneeblindheit das indirecte reflectirte Sonnenlicht zu einer Ueberblendung der ganzen Retina und daher zu einer Verdunkelung des ganzen Gesichtsfeldes führt, die oft Tage lang anhalten kann, concentrirt sich bei der directen Betrachtung der Sonne die Läsion der Netzhautelemente auf die Stelle des deutlichsten Sehens, auf die Macula lutea. Da wo das Sonnenbild sich auf der Retina entwirft, werden die Netzhautelemente alterirt, resp. in einen so hohen Grad der Ermüdung oder herabgesetzten Erregbarkeit versetzt, dass diese circumscripte Stelle tagelang blind oder halbblind bleibt. Der Patient sieht also gerade am Fixationspunct nichts, resp. einen dunkeln, alles verdeckenden Fleck: er hat ein centrales Scotom mit der einem solchen entsprechenden, ganz bedeutenden Herabsetzung der Sehschärfe, oder mit andern Worten, es bleibt das Nachbild der Sonne, das wir Alle ja kennen von einem kurzen Blick her, den wir z. B. auf die untergehende Sonne werfen, es bleibt dieses Nachbild Tage und Wochen lang bestehen, entsprechend der Intensität des bei der Sonnenfinsterniss vom nicht bedeckten Theil der Sonne ausgestrahlten Lichtes. Uns erscheint das Nachbild der untergehenden Sonne dunkel, wenn wir auf eine helle Fläche, z. B. den Himmel sehen und hell, wenn wir eine dunkle Fläche fixiren. Ganz dieselben Erscheinungen zeigt das centrale Scotom der durch directes intensives Sonnenlicht Geblendeten. Aehnliche Erscheinungen zeigt das centrale Scotom bei progressiver Myopie mit Maculaerkrankung. Das ebenfalls centrale Scotom der durch Alcohol oder Tabak verursachten Intoxicationsamblyopie, sowie das centrale Scotom der retrobulbären Neuritis dagegen ist zum Unterschied von demjenigen des Geblendeten negativ, d. h. es wird nicht als dunkler Fleck vom Patienten percipirt, es bildet blos eine Lücke in der Mitte des Gesichtsfeldes um den Fixationspunct herum. Eine ganz merkwürdige Eigenthümlichkeit besitzt aber nach den Beobachtungen des Vortr. das Blendungs-Scotom insofern, als im Bereich desselben eine beständige oscillirende oder radartig sich drehende Bewegung vom Patienten wahrgenommen wird, um so stärker, je heller die Fläche, auf die er den Scotomfleck projicirt; im Dunkeln tritt sie nur ganz schwach oder gar nicht hervor. Diese Wirbelbewegung bleibt recht lange bestehen und stört auch dann noch, wenn das Scotom allmälig sich aufhellt und nur noch wie ein schwacher Flor sich über den fixirten Punct legt, das ruhige Sehen recht erheblich.

Alle übrigen bei der Schneeblindheit erwähnten Symptome aber fehlen beim Sonnenfinsternisspatienten total: keine Verengerung der Pupille, kein Schmerz, keine Röthung der Conjunctiva. — Nun möchte man wohl glauben, dass solche durch Betrachten einer Sonnenfinsterniss Geblendete ganz abnorme und rare Vorkommnisse bilden und dass normaler Weise es Niemandem einfalle, ohne dunkles Glas in die Sonne sehen zu wollen. Hierin würde man sich aber irren, sondern das Normale ist das, dass nach einer gut beobachtbaren Sonnenfinsterniss gewöhnlich ein oder mehrere Patienten sich beim Augenarzt einstellen mit den Folgen ihrer unvorsichtigen astronomischen Bethätigung. Oft waren die zum Schutz gebrauchten Gläser ungenügend, oft werden gar keine solchen zu Hülfe genommen. Und nicht nur die wissbegierigen Städter fallen dabei herein wie die Mücken in's

Licht, sondern, wie wir der vorzüglichen Beschreibung eines solchen Falles durch *Dufour* in Lausanne entnehmen, sogar der savoyardische Hirte bekundet seinen Trieb nach Naturerkenntniss und zieht sich eine bleibende Schädigung seines einzigen brauchbaren Auges und eine dreiwöchentliche Behandlung im Dunkelzimmer der Augenanstalt zu.

Trotz des offenbar relativ häufigen Vorkommens solcher durch Betrachten der Sonne Geschädigter ist die Literatur darüber eine sehr spärliche und wird eine genaue Schilderung der Sehstörung und des dabei vorkommenden ophthalmoscopischen Befundes blos in der erwähnten Mittheilung von *Dufour* [1]) gegeben, abgesehen von einer kurzen Notiz *Leber*'s. [2]) — Aus dem bisher Bekannten geht hervor, dass die Prognose dubiös ist und oft ein centrales Scotom für immer zurückbleibt. —

Die Behandlung soll in erster Linie der geschädigten Retina absolute Ruhe verschaffen, weshalb Verordnung von Aufenthalt in vollständiger Dunkelheit die wichtigste therapeutische Maassnahme bilden muss, wohl die unangenehmste Medication, die es gibt. Daneben dürften Strychnin-Injectionen am Platze sein.

Zur genauen Schilderung der beiden Fälle, welche Vortr. in Behandlung hat und zur Erörterung des ophthalmoscopischen Befundes, sowie endlich der pathologisch-anatomischen Veränderungen, welche dem Scotom zu Grunde liegen könnten, mangelt dem Vortr. die Zeit, so dass er bezüglich seiner Patienten nur noch kurz erwähnt, dass der eine am zweiten Tage nach der Sonnenfinsterniss rechts Sehschärfe $^1/_3$ hatte. Das linke Auge war zum Betrachten der Sonne fast nicht gebraucht worden und zeigte deshalb $S = {}^5/_6$. Am 26. Mai (10 Tage nach der Blendung) bestand rechts $S = {}^5/_6$, aber die Bewegung innerhalb des Scotomes war noch sehr störend. Der zweite Patient hatte 3 Tage nach der Sonnenfinsterniss am rechten (ebenfalls allein geschädigten) Auge Sehschärfe $^1/_7$ (Lesen gröbsten Druckes daher unmöglich), nach 10 Tagen hatte sich das Sehvermögen auf $^1/_2$ gehoben, aber auch hier bestand noch die unangenehme Drehbewegung im Scotom. (In *Dufour*'s Fall betrug 4 Tage nach der Blendung die Sehschärfe des betroffenen Auges — das andere war blind — blos $^1/_{20}$ und hob sich im Verlauf einer dreiwöchentlichen energischen Cur nur bis zu $^1/_2$.) — Der ophthalmoscopische Befund zeigte nichts Abnormes als eine leichte Vergrösserung und Formveränderung des Fovea-Reflexes und etwas stärkere Sättigung des Retinalpigmentes an der Stelle der Fovea und nächster Umgebung. Einen weissen Fleck, wie *Dufour* ihn bei seinem allerdings viel stärker afficirten Patienten sah und abbildete, vermisste Vortr.

Haab schliesst mit dem Wunsche, es möchte die Gefährlichkeit der directen Betrachtung der Sonne etwas mehr bekannt werden, als es bis jetzt der Fall war.

(Fortsetzung folgt.)

---

[1]) Bulletin de la Soc. méd. de la Suisse rom. 1879, p. 321.
[2]) Handbuch *v. Gräfe* und *Sämisch* Bd. 5, p. 750.



Referate und Kritiken.

Ueber Chondrom der Scapula.

Von *Hermann Walder.* Inaug.-Dissert., vorgelegt der h. medic. Facultät in Basel. Leipzig, J. B. Hirschfeld, 1881.

W. donne, dans sa thèse de doctorat, une monographie étendue des chondrômes de l'omoplate, dont il a réuni 25 cas, qu'il expose sous forme de tableau. Il y ajoute l'observation d'un 26e, provenant du service du docteur *O. Kappeler*, à l'hôpital cantonal de Thurgovie.

Ce travail renferme des détails fort intéressants sur un sujet assez peu connu: on peut y suivre le développement du diagnostic clinique et anatomique de ces tumeurs.

Dans ses conclusions, l'auteur divise les chondrômes de l'omoplate en: ecchondroses ossifiées, enchondrômes de forme ordinaire, enchondrômes gélatineux et chondrômes ostéoïdes. Plus loin il ajoute: „le chondrôme ostéoïde seul ainsi que la charpente fibro-cartilagineuse des enchondrômes proviennent du tissu conjonctif, toutes les autres formes ont à leur base une origine cartilagineuse."

Or, deux auteurs bien connus, *Cornil* et *Ranvier*, dont le Manuel d'histologie pathologique a été traduit en plusieurs langues, expriment (p. 214) une opinion bien différente de celle de *W.* Tout d'abord ils séparent „des chondrômes certaines productions cartilagineuses qui se forment uniquement sur les cartilages préexistants et auxquelles on a donné le nom d'ecchondroses". Plus loin, à la même page, ils ajoutent: „les chondrômes proprement dits ne se développent jamais aux dépens des cartilages préexistants."

Il y a, entre les idées émises dans sa brochure et les auteurs cités plus haut, une contradiction si marquée que je tenais à la signaler à *M. Walder.* *Boéchat.*

Die sanitäre Bedeutung des verlängerten Aufenthaltes auf den deutschen Nordseeinseln, insonderheit auf Norderney.

Von *F. W. Beneke.* Norden und Norderney, H. Braams, 1881.

Die vorliegende Brochure constatirt und bespricht den bei uns aus naheliegenden Gründen noch wenig bekannten günstigen Einfluss des Aufenthaltes auf den Nordseeinseln auf Schwächezustände verschiedenster Art, ganz besonders aber auf die scrophulöse Constitution mit ihren mannigfaltigen typischen Formen, unter denen in erster Linie die auf scrophulöser Grundlage sich entwickelnde chron. Form der Lungenschwindsucht (scrophulöse oder käsige Phthise) genannt werden muss. Der Einfluss der Seeluft in jenen Breiten ist namentlich ein eminent tonisirender und vergleicht sich am besten mit demjenigen der höhern Gebirgsgegenden; es macht sich namentlich geltend eine kühlere Sommer- und gemässigtere Wintertemperatur und eine gewisse Gleichmässigkeit im Allgemeinen. Eine relative Immunität der stationären Bevölkerung gegen Phthise ist durch langjährige Beobachtungen wohl constatirt. Die Wohnverhältnisse sind nicht ungünstig; Einfachheit ist vorherrschend, ohne dass ein gewisser Comfort vermisst würde; Abwesenheit von eigentlichem Luxus wird wohl von den meisten Aerzten und mit vollem Recht als ein sehr schätzbarer Vorzug betrachtet werden, um so mehr, als sie einen erleichternden Einfluss auf die Zugänglichkeit dieses Heilagens für eine grössere Classe von Kranken im Gefolge hat.

Als Anhang erwähnen wir einen Aufruf zur Errichtung von Kinderheilstätten an der Nordsee, gerichtet an die Freunde der Gesundheitspflege unbemittelter und schwer erkrankter Kinder und unterzeichnet von einer grossen Anzahl z. Th. wohlbekannter Namen, unter denen die besten Kliniker der deutschen Universitäten reichlich vertreten sind.

Trechsel.

Aerztlicher Bericht über den Krankenbestand im Diaconissenspital zu Riehen

vom 1. September 1880 bis 31. August 1881.

Von Dr. *L. G. Courvoisier-Sachs.*

Der Krankenbestand belief sich im Berichtsjahre auf 251 Kranke, wovon 60 Männer (24%), 169 Frauen (67%) und 22 Kinder (9%). Davon wurden behandelt an innern Krankheiten 120 (47%), wovon geheilt und gebessert 80, gestorben 14 (11,6%).

Die äussern, chirurgischen Krankheiten umfassen 131 Patienten, wovon geheilt und gebessert 108, gestorben 4 (3%).

Operationen wurden im Ganzen 103 ausgeführt. Wir erwähnen davon: 3 Oberschenkelamputationen, 2 Ellenbogenresectionen, 8 Amput. mammæ, 2 Strumaexstirpationen, 10 Prolapsoperationen nach *Bischoff*, 5 Dehnungen des N. ischiadicus.

Die Resultate dieser Operationen sind äusserst glänzende, indem 3 Patienten gestorben (2,9%) und zwar nur einer in unmittelbarer Folge der Operation (Exstirpation einer malignen Struma bei einer Frau). *Kaufmann.*

Cantonale Correspondenzen.

Bern. Aus den Waadtländer Alpen. (Schluss.)

Aussichtsreich, aber lange ansteigend und heiss ist die Strasse nach dem stark besuchten Luftcurort La Comballaz (1364 m.), der ersten Poststation [1]) in der Richtung von Chateau d'Oex. Der Fussgänger kann bei Benützung von Abkürzungen in einer starken Stunde dort sein, während die Post fast $1^1/_2$ Stunden braucht. Das verhältnissmässig weite Thal hat ein sehr geringes Gefäll, wird von einem magern Bächlein durchflossen, ist wenig bewaldet und überhaupt ziemlich einförmig. [2]) Die Lage des Curhauses (Hôtel & Pension de la Couronne) kann sich daher, was Aussicht betrifft, lange nicht mit derjenigen der bisher besprochenen Orte messen. [3]) Dagegen macht es in dem 200—240 m. höhern Thalboden mit zunächst sanft ansteigenden Abhängen weniger warm als im Ormontsthal und es ist wohl auch das Klima gleichmässiger als im obern Theil desselben (Plan des Iles). Seine Richtung (von SSW. nach NNO.) bringt es jedoch mit sich, dass es vor den Nordwinden nicht geschützt ist. — Gegenüber Sépey bietet es jedenfalls eine grössere Auswahl von ebenen oder wenig ansteigenden Spazierwegen; schon die nach beiden Seiten fast horizontal verlaufende Strasse ist ein solcher. Einer der hübschesten ist der zum reizenden Lac Lioson (ca. $1^1/_2$ Stunden). Die häufigsten Bergbesteigungen sind die des schon genannten Mont d'Or und des gegenüberstehenden Chaussy (2377 m.). — Das Hôtel de la Couronne (Pensionspreis nach *Gsell-Fels* Fr. 5—7) macht einen günstigen Eindruck und hat hübsche Anlagen.

Der sehr flache Col des Mosses (1446 m.), der nach Lécherette und von da in die Vallée de l'Etivaz führt, bietet wenig. Dagegen ist der untere Theil dieses Thales wildromantisch wie nicht leicht ein anderes. Leider lässt einem der in scharfem Trab vorbeisausende Postwagen keine Zeit, die Felsenschlucht zu bewundern, in welcher tief unter der Strasse das klare Flüsschen sich seinen Weg sucht. Ich rathe daher den Freunden der Natur dringend, die Post nicht zu benutzen.

Aus der engen Schlucht tritt man plötzlich in das weite freundliche Thal der Saane und erreicht zunächst Chateau d'Oex (896 m.; die Kirche liegt bedeutend höher, nämlich 990 m.), den Hauptort des Pays d'Enhaut. Die Post braucht von Comballaz bis dahin ca. 2 Stunden, der Fussgänger kaum mehr, da er bedeutend abkürzen kann.

Ueber das Klima von Chateau d'Oex, das auf dem rechten Ufer der Saane, aber in einiger Entfernung von derselben liegt, erlaube ich mir kein Urtheil, da ich nur kurze Zeit dort verweilte. Nur so viel will ich bemerken, dass es im Sommer jedenfalls warm genug ist, und dass das Thal sich von ONO. nach WSW. erstreckt, also gegen den NO.-Wind nicht geschützt ist. Der Reiz des Hochgebirges geht ihm ab. Doch fehlt es nicht an Abwechslung in den Formen der Gipfel; sehr malerisch nehmen sich das Rüblihorn (französisch „Rubly") (2307 m.) und die Gummfluh (2459 m.) mit ihren kühnen Felswänden aus. Den besten Ueberblick über das Thal gewährt der felsige Hügel, auf welchem sich einsam die Kirche erhebt. — Die ebene Hauptstrasse ist für Spaziergänge sehr geeignet, wenn sie nicht mit Staub bedeckt ist, was allerdings im Sommer bei warmem Wetter stets der Fall ist. Weniger staubig, weil weniger befahren, ist die

[1]) Auch ein Telegraphenbureau.

[2]) Ich begreife nicht, wie *Gsell-Fels* darauf kommt, von schöner Gebirgsnatur zu sprechen.

[3]) Man braucht indessen nicht weit in der Richtung von Sépey zu gehen, um eine schönere Aussicht auch auf die Diablerets zu geniessen.

schon besprochene Strasse, welche in mässiger Steigung in die Vallée de l'Etivaz führt. Ausser diesem wichtigsten Seitenthal münden aber noch eine Anzahl kleinerer [1]) in das Hauptthal ein und bieten dem Curgast erwünschte Ziele für Ausflüge. Auch einige der nahen Berge verdienen einen Besuch, besonders der nördlich von Chateau d'Oex sich erhebende Mont de Cray (2098 m., nach *Tschudi* in 2 Stunden zu ersteigen). Der Curgast hat somit Gelegenheit genug, sich in verschiedener Weise zu bewegen.

Die empfehlenswertheste Pension, namentlich für Patienten mit Leiden der Athmungsorgane, ist das grosse Hôtel Berthod, ausserhalb des Ortes (westlich) in freier und schöner Lage, von der Strasse durch ziemlich ausgedehnte hübsche Anlagen getrennt. Es war im August ganz angefüllt. Nach *Gsell-Fels* beträgt der Pensionspreis Fr. $4^1/_2$—6. Der Bären (A. Hauswirth-Romang, ein Berner), im Flecken selbst — nicht etwa westlicher als das eben genannte Hôtel, wie *Gsell-Fels* sagt, sondern östlicher —, ist ein stattlicher Gasthof mit geräumigen Zimmern und guter Bedienung und Verpflegung (Pensionspreis nach *Gsell-Fels* wie im Hôtel Berthod, jedenfalls aber billiger als dort). In ihm war noch reichlich Platz vorhanden; er hat eben den Nachtheil, unmittelbar an der Hauptstrasse zu liegen und keine rechten Anlagen zu besitzen. Eine ähnliche Lage und, so viel ich mich erinnere, gar keine eigentlichen Anlagen hat das nahe, bedeutend kleinere Hôtel de Ville (Pension nach *Gsell-Fels* Fr. 4). Die andern Pensionen habe ich nicht berücksichtigen können.

Das thalaufwärts in einer Entfernung von nicht ganz $1^1/_2$ Stunden gelegene Rougemont (983 m.) scheint bis jetzt eine geringere Anziehungskraft als Curort [2]) ausgeübt zu haben, obwohl die Lage kaum weniger günstig — das Thal ist allerdings enger — und jedenfalls nicht weniger schön ist als die von Chateau d'Oex. Letzterer Ort hat allerdings den Vortheil, eine Strasse mehr zur Verfügung zu haben, die der Vallée de l'Etivaz.

Eine kleine Stunde unterhalb Chateau d'Oex, ebenfalls auf dem rechten Ufer der Saane, breitet sich das freundliche Rossinières am SW.-Abhang des Mont de Cray aus. Das Hôtel & Pension du Grand Chalet ist ein riesiges Holzgebäude im Oberländerstil, der sich indessen in diesen Dimensionen nicht mehr schön ausnimmt (Pension nach *Gsell-Fels* Fr. $4^1/_2$—$5^1/_2$; Bäder). Rossinières hat den wesentlichen Vorzug vor Chateau d'Oex, dass es abseits von der staubigen Landstrasse liegt und ruhebedürftigen Patienten den Genuss ländlicher Stille bietet. Ferner ist es nicht nur gegen N., sondern auch gegen NO. geschützt.

Unterhalb Rossinières führt die Strasse durch wildromantische Schluchten nach Montbovon, dem ersten freiburgischen Orte. Ich will aber an der Waadtländergrenze stehen bleiben und zum Schlusse nur noch einige allgemeine Bemerkungen beifügen.

Die Waadtländer Alpen werden in der deutschen Schweiz zu wenig gewürdigt, was theils von der grossen Zahl von Curorten in derselben, theils vom Mangel an Reclame in den deutsch-schweizerischen Zeitungen herrührt. Desto mehr gehen die Engländer dorthin, so dass sie an verschiedenen Orten das vorherrschende Element bilden. Wie es sich von selbst versteht, findet man dort auch viele Waadtländer und Genfer, namentlich in Les Plans. Die Deutschen, welche in den meisten Bergcurorten der deutschen Schweiz das Hauptcontingent stellen und auch am schönen Leman sich zahlreich einfinden, sind in den waadtländischen Alpen im Ganzen spärlich vertreten.

Im Allgemeinen zeichnen sich die dortigen Pensionen durch billige Preise und gute, freundliche Bedienung aus. Die Zimmer lassen zwar in verschiedenen Pensionen an Comfort zu wünschen übrig, namentlich diejenigen, welche in den benachbarten Bauernhäusern (Chalets) gemiethet werden. Sie sind aber meist hinreichend geräumig, während man in verschiedenen berühmten Bädern und Curorten der deutschen Schweiz manche Zimmer von ganz ungenügendem Cubikinhalt findet. Der Tisch ist im Allgemeinen auch gut, in einigen Gasthöfen sogar ganz vorzüglich. In dieser Beziehung könnten einzelne deutsch-schweizerische Besitzer und Directoren von Bädern sich ihre Waadtländer Collegen ebenfalls zum Muster nehmen. — Ein fernerer Vorzug der waadtländi-

[1]) Durch eines derselben, die Vallée de Vert Champ, führt der Col de Philisma nach Charmey und Jaun hinüber.

[2]) *Gsell-Fels* gibt blos den Gasthof zum Kreuz an. Ich besuchte den Ort nur flüchtig im Jahre 1875.



schen Curorte ist der, dass sie im Allgemeinen bequem zu erreichen und nicht nur die Strassen, sondern auch die meisten andern Wege in gutem Stande sind.

Die Bevölkerung ist viel weniger von dem Fremdenverkehr beeinflusst worden als z. B. im Berner Oberland und hat daher ihre alten Sitten treuer bewahrt, was namentlich vom Ormontsthal gilt. Auch ist die „Fremdenindustrie" wenig ausgebildet. Von Ausbeutung der Fremden habe ich wenig, von Bettel nichts bemerkt. Manchen Bergdörfern ist der unverkennbare Stempel einer gewissen Wohlhabenheit aufgedrückt. Die Bauern von Gryon haben z. B. Reben weiter unten im Thal, was auch bei manchen Walliser Bergdörfern der Fall ist. — Glücklicherweise haben sich die Bewohner der Waadtländer Alpen auch nicht so vom Gründerschwindel erfassen lassen, dem so Viele in den Bergen der deutschen Schweiz zum Opfer gefallen sind.

Einen Nachtheil theilen die Bergcurorte der Waadt mit den meisten andern Berggegenden, den Mangel an Aerzten. So sind Chesières und Villars auf die Aerzte von Aigle, Gryon und Les Plans auf diejenigen von Bex angewiesen. Das ganze Ormontsthal hat nur den Arzt von Sépey zur Verfügung. Man bedenke aber, dass die Meisten, welche dort einen Aufenthalt machen, gesund oder doch nur erholungsbedürftig sind und dass die zahlreichen Engländer nur im Nothfall einen einheimischen Arzt brauchen.

Was den landschaftlichen Charakter betrifft, so habe ich noch Einiges über die Pflanzendecke beizufügen. Ist ja doch das Verhalten der Vegetation für die Beurtheilung eines Klimas von grosser Bedeutung. Der Reichthum des untern Rhonethals an Pflanzenspecies und die schöne Entfaltung der für den landschaftlichen Eindruck maassgebenden Arten ist bekannt. Namentlich gilt dies von der Gegend von Aigle und Bex.[1]) — Ueber die Wälder, einen für Curzwecke besonders wichtigen Factor, sprach ich schon bei den betreffenden Orten. — Eine reiche Vegetation übt auf das Gemüth des Curanden, auch desjenigen, welcher nichts von Botanik versteht, keinen geringen Einfluss aus. Wie grosse Freude muss dabei vollends der Botaniker empfinden! Einem solchen wird, namentlich bei einem längern Aufenthalt, mancher Genuss zu Theil, den ein Anderer vermisst. Auch wenn ungünstiges Wetter die Freude an der Natur beeinträchtigt, kann Jener in pflanzenreichen Gegenden immer noch in angenehmer Weise sich beschäftigen und so vor Langeweile sich bewahren. — Ich habe sonst wenig Zeit, mich mit Botanik zu befassen. Aber wenn ich hie und da einen Aufenthalt in den Bergen mache, so wende ich mich ihr stets mit neuem Interesse zu, und ich hatte es ihr früher wiederholt zu verdanken, dass ich meine Kräfte nicht durch zu grosse oder zu häufige Bergtouren überanstrengte, wenn ich Grund hatte, dieselben zu schonen. — In dem von mir berücksichtigten Theil der Waadtländer Alpen sind ausser den schon genannten Gebieten von Aigle und Bex besonders reich an Pflanzen diejenigen von Morcles, Gryon, Les Plans und Anzeindaz. Das eigentliche Hochgebirge kenne ich leider nicht aus eigener Erfahrung; doch ist, wie ich vernommen, die ganze Kette des Grand Muveran auch sehr interessant in botanischer Hinsicht und namentlich soll dies bei den Dents de Morcles der Fall sein, während die Diablerets wiederum spärlicher bedacht zu sein scheinen. Aermer als die obigen Gebiete ist schon die Gegend von Chesières, und es war z. B. die Armuth des Chamossaire gegenüber dem Lion d'Argentine ganz auffallend. Noch ärmer ist aber das Ormontsthal, was mit dem verschiedenen geologischen Bau zusammenhängt. Aehnlich scheint sich das Pays d'Enhaut zu verhalten, in dem ich zu wenig lang verweilte, um mir ein Urtheil zu bilden.

Ueber die zoologischen Verhältnisse der Waadtländer Alpen steht mir mit Ausnahme der nicht eben reich vertretenen Vögel kein Urtheil zu; sie haben übrigens für das Klima keine Bedeutung. Immerhin muss zugegeben werden, dass eine reichhaltige Fauna eine Gegend wesentlich zu beleben vermag, auch für den Nichtkenner. — Wichtiger sind jedenfalls die geologischen Verhältnisse. Doch muss ich auch diese übergehen, da ich zu wenig davon verstehe.

Allen, die sich für die Alpen des Waadtlandes interessiren, möchte ich das Buch von Rambert, „Bex et ses environs", warm empfehlen. Die Umgebungen von Bex sind

[1]) Immerhin gedeihen dort südeuropäische Pflanzen nicht mehr in der Ueppigkeit, wie zwischen Vevey und Villeneuve, da ja, wie bei Bex hervorgehoben wurde, das Klima etwas kälter — namentlich was die Morgen- und Abendtemperaturen betrifft — und wohl auch weniger feucht ist.



da in sehr weitem Sinne aufgefasst, da u. a. auch das Ormontsthal dazu gerechnet wird. Das Pays d'Enhaut ist dagegen, wie natürlich, nicht mehr berücksichtigt. Das Buch ist eben so anziehend geschrieben als auf den verschiedensten Gebieten belehrend.

Ich schliesse meinen Bericht mit dem Wunsche, dass der Eine und Andere, der die Waadtländer Alpen noch nicht kennt, sich dieselben nun selbst ansehen möge.

Endlich erfülle ich noch die angenehme Pflicht, Herrn Dr. *Biaudet* in Bex für seine Mittheilungen über verschiedene Puncte, in Betreff welcher ich nicht mehr sicher war, meinen besten Dank auszusprechen.

Burgdorf, den 23. November 1881. *Fankhauser.*

Wochenbericht.

Schweiz.

— Die diesjährige **Versammlung der Stabsofficiere der Sanitätstruppe** findet Donnerstags, den 22. Juni 1882, Mittags 12 Uhr, in Olten (Bahnhof) statt. Die Tractanden sind: 1) Eingabe betreffs Recrutirung. 2) Referat des Major Prof. *Kocher* über die Struma-Frage. 3) Referat des Oberstl. *Kummer* über die Formulare der summarischen Untersuchungsrapporte. 4) Verschiedenes.

Um 3 Uhr findet das gemeinsame Diner statt.

Die Tenue ist Dienstanzug mit Feldmütze.

Die Einladungen werden von dem derzeitigen Vorstande, Oberstl. *Munzinger* in Olten erlassen.

Die zur Discussion gelangenden Themata werden zweifellos einen zahlreichen Besuch dieser Versammlung veranlassen, über die wir hoffen, demnächst nähere Mittheilungen bringen zu können.

Ragaz-Pfäfers. Es dürfte manchem der Herren Collegen erwünscht sein, wahrheitsgetreue Auskunft über den Stand unserer Thermalquellen zu erfahren, ein gewiss um so berechtigteres Begehren, als sie nur dann im Stande sind zu beurtheilen, ob und welche Patienten unter waltenden Umständen zur Cur hieher geschickt werden können. Wir fühlen uns zu dieser Auskunftgabe auch um so mehr verpflichtet, als unsere Wassercalamität nach aussen sehr übertrieben wurde und nur zu oft noch von absolutem Wassermangel gesprochen wird.

Wer die Amtsberichte unseres Regierungsrathes aus den fünfziger Jahren, die Beobachtungen über den Stand der Pfäferser Quellen betreffend, durchgelesen hat, auch selbst deren Verhalten in den letzten Jahren zu den Niederschlägen in den höhern Gebirgsregionen gefolgt ist, dem konnte es keinen Augenblick zweifelhaft sein, dass auf den ausserordentlich schneearmen Winter eine an Thermalwasser arme und späte Saison folgen müsse. Die angeführten Beobachtungen unseres Regierungsrathes deuten mit aller Bestimmtheit auf diesen Zusammenhang namentlich für das ausserordentlich wasserarme Jahr von 1856 hin, in welchem die obere (jetzt Stollenquelle) gar nicht zu Tage trat und sie erfahren auch dies Jahr eine bittere Bestätigung. Sie geben uns aber auch berechtigte Hoffnung, dass bei einigermaassen günstigen Witterungsverhältnissen die Thermalquellen in kurzer Zeit unsere Badanstalten nahezu in normaler Weise mit Thermalwasser versorgen dürften.

Während unter'm 22. Mai die alte Quelle erst bei 21° R., die Stollenquelle bei 24° R. angelangt war, das Niveau beider aber noch einige Fuss unter der Ausflussröhre stand, ist unter'm 10. Juni die Temperatur der erstern auf 29°, der letztern auf 28° gestiegen; erstere überfliesst bereits in die Abflussröhre, das Niveau der letztern befindet sich nun in der Höhe dieser Röhre. Ohne Temperaturschwankung verblieb die Stammquelle vom 22. Mai bis heute auf $29^1/_2$° R. und liefert noch immer das Hauptquantum Wasser für unsere Anstalten. Von diesem werden vorab die benöthigten Bäder in Pfäfers mit immerfliessendem Wasser gespiesen, und hiedurch das Badewasser auf über 27° R. erhalten. Das übrige nach Ragaz abgehende Wasser reicht zur Speisung von gegen 20 Bädern aus, hat bis dahin aber seine Temperatur bis auf 24—23° R. abgekühlt. Nolens volens musste daher zum peinlichen Auskunftsmittel gegriffen werden, künstlich erwärmtes Thermalwasser dem Bade zuzusetzen, um solches auf 27—28° R. zu bringen. Diese Erwärmung war bisher eine wohl primitive, weil unvorhergesehene, wird aber in nächsten

Tagen durch eine solche vermittelst Röhrensystem ersetzt sein. Durch dieses System wird ermöglicht sein, dem fliessenden Thermalwasser seine Normaltemperatur zu geben, ohne dass es mit der äussern Luft in Contact kömmt und das gewiss mit nicht minderem Rechte als bei jenen heissen Thermalquellen, welche für den Badgebrauch vorerst in grossen offenen Reservoirs abgekühlt werden müssen. Dr. *Jäger*.

Ausland.

— **Jodoform.** (Fortsetzung.) Das Jodoform hat auch in den letzten Wochen noch die Gemüther sehr lebhaft beschäftigt und zu mehrfachen Aufsätzen pro et contra Anlass gegeben, so dass Ihr Referent seine schon stark nach dem gelben Pulver riechende Feder noch nicht bei Seite legen darf.

Zunächst zeigen sich immer noch Stimmen, welche einer weiteren Anwendung des Jodoforms das Wort reden.

Auch dem Uterus werden jetzt die Segnungen des Jodoform zu Theil. *Rehfeldt* (Berl. kl. W. Nr. 9) sah in einem schweren Falle von putrider puerperaler Endometritis, der bereits zu allgemeiner septischer Infection geführt hatte, einen sehr schönen Erfolg durch Einführung von 5,0 grmm. Jodoformpulver in den vorher mit Carbollösung ausgewaschenen Uterus. Die Lochien verloren rasch allen Geruch, die hohe Temperatur und Pulsfrequenz fielen, um nicht wieder anzusteigen, und die Pat. genas sehr rasch.

Weissenberg (loc. id. Nr. 11) empfiehlt die Einführung von Jodoformpulver (mittelst einer Art Uteruspistole) in den vorher desinficirten und ausgewischten Uterus als vorzügliches Heilmittel der chron. Endometritis.

Fränkel (loc. id. Nr. 17) bespricht ausführlich die locale Jodoformbehandlung bei den Krankheiten der Schleimhäute der oberen Luftwege. Die Stellen ertragen das Mittel sehr gut, und es bleibt dasselbe namentlich im Larynx relativ lange liegen und daher wirksam. Das Jodoform wurde mit Borsäure- oder Tanninpulver āā oder 1 : 2 versetzt; doch reizt Tannin namentlich in der Nase ziemlich stark. Neben dem Pulver kam auch die Salbenform 1 : 10 Vaseline in Anwendung. Auch die Einathmung einer zerstäubten äther. Jodoformlösung wurde bei Phthisis versucht. — Eine Vergiftung glaubt *Fr.* bei den sehr kleinen Mengen J., welche auf diese Weise in den Körper gelangen, nicht befürchten zu müssen.

Die ersten Versuche wurden bei Phthisis laryngea gemacht. Die tägliche Einblasung von J. hatte Anfangs raschen Erfolg und führte zur Bildung guter Granulationen — aber zur Heilung kam es nicht. Immerhin fühlten sich die betr. Patienten durch diese Behandlung sehr erleichtert.

Die tägliche Einathmung von 10 grmm. einer äther. Jodoformlösung (1 : 60) hatte bei Lungentuberculose nur eine subjective Erleichterung zur Folge. — Günstiger war der Erfolg der Jodoformeinblasungen bei dem sonst so hartnäckigen atrophirenden Catarrh der Nase und des Nasenrachenraumes. Die Schleimhaut wurde wieder succulenter, die Epithelbildung reichlicher und in mehreren Fällen kam es zu wirklicher Heilung. — Bei Ozæna wurde das Jodoform als Einblasung oder als Schnupfpulver verwendet. Der Gestank verlor sich zuerst, die Borkenbildung wurde geringer und die Epitheldecke wieder dicker. Bei längerer Behandlung wurde auch Heilung erzielt. Bei scrophulöser Rhinitis mit Excoriation der Oberlippe und Impetigo bewirkten Jodoformsalben (auf Wattebäuschchen in die Nase geführt) in der Regel rasche Heilung.

Dass jedoch das länger fortgesetzte Einathmen von Jodoformdämpfen für die Lungen nicht ganz gleichgültig ist, beweisen die Versuche von *Aschenbrandt* (Deutsche med. Woch. Nr. 8). Derselbe fand, dass längere Einathmung von Jodoformdämpfen ebenso wie die Einführung von Jodoformpulver in Wunden der Luftwege bei Katzen ziemlich regelmässig zu Pneumonie führte.

Reichlicher fliessen die Quellen über die üblen Folgen der Jodoformbehandlung. *Hæftmann* (Königsberg), welcher, einer der Ersten, über sehr günstige Heilresultate früher berichtet hat, muss nun (Centralbl. f. Chir. Nr. 7) auch 2 unter den Symptomen der acuten Manie tödtlich verlaufene Fälle erwähnen, beides Frauen von 40 Jahren. Die Section ergab nur negativen Befund. Die ersten Symptome zeigten sich schon am zweiten Tage, als Unruhe, hohe Pulsfrequenz, Temperatursteigerung, Urinretention, Nahrungsverweigerung. In beiden Fällen war nur wenig J., 20—35 grmm., verwendet worden. Leichtere Intoxicationsformen kamen nie zur Beobachtung.



Der früher erwähnte Aufruf von Prof. *König* um Mittheilung aller Beobachtungen über Jodoformvergiftung hat demselben ein reichliches casuistisches Material zugeführt, welches er nun im Centralbl. f. Chir. Nr. 7, 8 und 17 nach Gruppen geordnet veröffentlicht hat. Leichte Intoxicationen zählt er 18, schwere 18, wovon 11 †, dazu noch 7 Fälle bei Kindern mit 2 †, sowie einige nicht genau in diesen Rahmen passende, im Ganzen also 48 Fälle (26 M., 22 W.). Aus den mitgetheilten Alterszahlen ergibt sich ein weitaus häufigeres Vorkommen der Intoxication im höheren Alter, indem 22 von den 48 Fällen sich bei Leuten über 50 Jahre ereigneten.

Bei der detaillirten Beschreibung der Symptome spricht sich *K.* so aus: Die meisten Patienten gewöhnen sich rasch an den Jodoformgeruch, selten tritt Appetitverlust durch denselben ein, noch seltener sind allgemeine Exantheme. Bedenken erregend sind dagegen schon die leichten nervösen Störungen, wie Kopfschmerzen, Gedächtnissschwäche, Stimmungswechsel, Insomnie. Vor Allem wichtig zur Erkennung der Gefahr ist das Verhalten des Pulses; derselbe wird frequent und klein, ohne dass die Temperatur immer entsprechend steigt. — Fieber, Erysipel und Phlegmone sah *K.* unter dem Jodoformverbande nicht besonders häufig, wohl deshalb, weil er neben dem Jodoform das übrige antiseptische Verfahren nie aufgegeben hat, also z. B. *Lister*'sche Verbände über jodoformirte Wunden gelegt hat (wovor *v. Mosetig* ausdrücklich warnt!).

Die meisten und auch die schwersten Vergiftungsfälle wurden bei älteren Individuen beobachtet (Herzschwäche!), im Alter von 50—70 Jahren. — Die Dose des Giftes ist nicht sicher anzugeben, doch scheinen keine Intoxicationen vorgekommen zu sein, wenn weniger als 10 grmm. angewendet wurden. Meist ist aber eben sehr viel mehr von dem ziemlich schweren Pulver angewendet worden. *K.* räth daher entschieden zur Anwendung des weniger leicht resorbirbaren krystallinischen Präparates.

Die Zeichen der Vergiftung traten zu sehr verschiedenen Zeiten auf, bald gleich nach der ersten Application, oft aber auch viel später, sogar nach mehreren Wochen. Sehr häufig zeigten sich die ersten Spuren der psychischen Erregung in der Nacht, als Unruhe, Verfolgungswahn, Fluchtversuche, von welchen die Patienten dann am Tage meist gar keine Erinnerung mehr hatten. Wurde in diesem Zustande sofort alles J. gründlich entfernt, so trat mehrmals rasche Heilung der Psychose ein. Nahrungsverweigerung schien besonders bei den an Digestionsstörungen laborirenden Kranken aufzutreten.

Der Tod erfolgte in der Regel unter den Erscheinungen der Adynamie (Herzschwäche), doch spielten in einigen Fällen (*Henry*, Breslau) auch schwere Gehirnerscheinungen mit. Die Autopsien ergaben in der Regel fettige Entartung des Herzens, der Nieren, der Leber und im Gehirn entweder keinen Befund oder Oedem der Pia und chron. Leptomeningitis. Bei Kindern blieb es mehrfach fraglich, ob das angewandte Jodoform oder der Shok, das Chloroform oder das Carbol die Schuld an dem lethalen Ausgange trug.

Ein eigentliches Heilmittel der einmal ausgebrochenen Jodoformvergiftung ist nicht bekannt. In allen Fällen ist eben die schleunigste Entfernung jeder Spur von J. aus der Wunde die erste Indication.

Auf Grund der vorliegenden üblen Erfahrungen sieht sich *K.* genöthigt, seine früheren Lobeserhebungen sehr zu modificiren, theilweise zu revociren. Er schreibt: „Einer solchen allgemeinen Einführung des J. als alleinigen und wesentlichen Antisepticums kann ich selbstverständlich auf Grund der gewonnenen Erfahrungen nicht mehr das Wort reden. Allein die Bedeutung des J. nach bestimmter Richtung ist eine so grosse, durch keines der uns bekannten antiseptischen Mittel zu ersetzende, dass wir uns schon jetzt nothwendig darüber klar machen müssen: in welchen Fällen ist in der Folge seine Anwendung erlaubt? in welchen ist sie geboten oder verboten? oder ist vielleicht die Gefahr des Mittels überhaupt so gross, dass es vollkommen aus dem Medicamentenschatze, welchen die Chirurgie für die Behandlung grosser Wunden bedarf, verschwinden muss?"

Die Gefahr eines tödtlichen Ausganges ist also am geringsten beim Kinde und steigt ebenso mit dem zunehmenden Alter wie mit der Menge der verwendeten Substanz. An eine Idiosyncrasie glaubt *K.* nicht, vielmehr tragen Zustände geschwächter Herzkraft und Nierenfunction die Hauptschuld an der Vergiftung. Entgegen der Behauptung *K.*'s von der Unschädlichkeit der Dosen unter 10 grmm. hat *Seeligmüller* (Berl. klin. W. Nr. 19) einen Fall von schwerer, langdauernder Psychose mit den bekannten Erscheinungen be-

obachtet in einem Falle, wo weniger als 10 grmm. während eines Monates in Form von Vaginalkugeln waren verbraucht worden. Dr. *A. W. Münch.*

(Fortsetzung folgt.)

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 26. Mai bis 10. Juni 1882.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Von Varicellen, Morbillen, Rötheln, Parotitis und Pertussis sind vereinzelte Fälle angemeldet.

Sehr ausgedehnt tritt besonders in Kleinbasel Scharlach auf. Angemeldet sind 50 Erkrankungen (10, 13, 16), wovon 39 in Kleinbasel.

In dem plötzlichen epidemischen Auftreten des Typhus in Kleinbasel, welches der letzte Bericht constatirte, hat sich eine bedeutende Abnahme eingestellt. Neu angezeigt sind 30 Fälle (3, 3, 8, 62), wovon in Kleinbasel 24 (55), 1 von auswärts importirt, 5 zerstreut in Grossbasel.

Diphtherie und Croup sind ebenfalls in Kleinbasel zahlreich. Angezeigt sind 25 Fälle (9, 12, 19), wovon 12 in Kleinbasel.

Erysipelas 11 Erkrankungen (9, 9, 13).

Puerperalfieber 1 Erkrankung in Kleinbasel.

Bibliographisches.

47) *Esmarch*, Prof. Dr. *Fr.*, Die erste Hülfe bei plötzlichen Unglücksfällen. Ein Leitfaden für Samariter-Schulen in 5 Vorträgen. 1882. 8°. Leinwandbd. 81 Seiten. Leipzig, F. C. W. Vogel. Preis Fr. 2.

48) *Zeitschrift* für vergleichende Augenheilkunde 1882, 1. Heft. (Der deutschen Zeitschrift für Thiermedicin und vergleichende Pathologie, 8. Band.) Mit 9 Holzschn. und 3 Tafeln. 8°. 76 S. Leipzig, F. C. W. Vogel. Preis per Band Fr. 5. 35.

49) *Darwinistische Schriften*, Nr. 12: *Büchner*, Prof. Dr. *Ludw.*, Die Macht der Vererbung und ihr Einfluss auf den moralischen und geistigen Fortschritt der Menschheit. 8°. 101 S. Leipzig, Ernst Günther.

50) *Reliquet*, Dr., De la Lithotritie rapide. 8°. 79 S. Paris, Adrien Delahaye, Editeur.

51) *Hermann*, Dr. *L.*, Handbuch der Physiologie II. Band, 2. Theil: Blutgase und respiratorischer Gaswechsel von *N. Zuntz.* Athembewegungen. Thierische Wärme von *J. Rosenthal.* Mit 52 Abbildungen. 8°. 467 Seiten. Leipzig, F. C. W. Vogel. Preis Fr. 16.

52) *Pirogow*, *N.*, Das Kriegs-Sanitätswesen und die Privathülfe auf dem Kriegsschauplatz in Bulgarien und im Rücken der operirenden Armee. 1877—1878. Aus dem Russischen von *W. Roth* und *A. Schmidt.* 584 S. 8°. Leipzig, F. C. W. Vogel. Preis Fr. 21. 35.

Briefkasten.

*Herrn C. M—l in N—d bei Rüschlikon, Ct. Zürich: Kaum haben wir den Geranten des Soolbades B—g in deutlicher Weise (s. Corr.-Bl. Nr. 9) daran erinnert, dass mit angebotenen Trinkgeldern die Aerzte sich niemals gewinnen lassen, den gewünschten breiteren Zufluss von Curgästen herbeizuleiten, eine Abweisung, die unterdessen eine zufriedenstellende Entschuldigung des betr. Geranten zur Folge hatte, so wird uns eben Ihr Brief vorgelegt, datirt den 26. Mai, an einen hervorragenden Zürcherarzt. Sie schreiben: „ . . . **verpflichte mich zugleich bereitwillig zu einer kleinen Anerkennung von Fr. 10 per Person bei längerem Aufenthalt, die ich Ihnen übermachen werde. Sie werden mir gütigst jeweilen Ihre Karte direct oder durch die recommandirten Familien übermachen.**“*

Sie müssen eine geringe Auffassung des ärztlichen Standes haben und eine noch viel geringere über die Vorzüge Ihres Curhauses, wenn Sie zu so plumpen Bestechungsversuchen der Aerzte glauben greifen zu müssen.

Wir Aerzte können in einzelnen Fragen verschiedener Auffassung sein; darin aber sind wir Alle einig, dass zu dem Rathe, den wir dem zutrauensvoll sich an uns wendenden Patienten geben, nur das Wohl des Kranken, niemals das Trinkgeld des Curhausbesitzers uns maassgebend sein wird.

Wenn Sie dann später die leeren Räume Ihres Curhauses durchmustern, so mögen die in Ihren Händen kleben gebliebenen Zehnfrankenstücke Sie daran erinnern, dass sich der Arzt, er mag practiciren, wo er will, niemals durch Bestechung die Unabhängigkeit seines Urtheils abringen lässt. Dies zur Orientirung!

Herrn Dr. *Zäslein*, Genua: 1 war schon besorgt, 2 nach Wunsch. Ihre interessanten Beobachtungen sollten Sie fortsetzen. Freundl. Gruss. — Herrn Prof. *Krönlein;* Dr. *Kaufmann*, Zürich; Dr. *Veraguth*, St. Moritz; Prof. *Rütimeyer*, Basel; Dr. *Haffter*, Frauenfeld; Dr. *Münch*, Brestenberg: Unsern Dank. — Herrn Dr. *N.* in Ch.: Das beste Mittel zur Vermeidung der Druckfehler ist ein **leserliches Manuscript**, vor Allem Vermeiden der dem Setzer so oft unverständlichen Abkürzungen: die Worte sind ausz uschreiben und nicht mitten drin mit einem Schnörkel abzuschliessen.

Prämiirt Lyon 1872, Wien 1873, Paris 1878 Silberne Medaille.

Saxlehner's Bitterquelle
Hunyadi János

durch **Liebig, Bunsen, Fresenius** analysirt, sowie erprobt und geschätzt von medizinischen Autoritäten, wie **Bamberger, Virchow, Hirsch, Spiegelberg, Scanzoni, Buhl, Nussbaum, Esmarch, Kussmaul, Friedreich, Schultze, Ebstein, Wunderlich etc.** verdient mit Recht als das

Vorzüglichste und Wirksamste aller Bitterwässer

empfohlen zu werden. — Niederlagen sind in allen Mineralwasserhandlungen und den meisten Apotheken, doch wird gebeten stets ausdrücklich **Saxlehner's Bitterwasser** zu verlangen.

Der Besitzer: **Andreas Saxlehner, Budapest.**

2½ Stunden von Interlaken.

Kurhaus St. Beatenberg.

1150 Meter über Meer.

Eröffnung der Sommersaison 1. Mai.

In Folge eines Neubaues ist das Etablissement um eine Anzahl comfortabler, südöstlich und südlich gelegener, gut heizbarer Zimmer bereichert worden. Zu den bereits vorhandenen Veranden und Pavillons tritt noch eine 70 Meter lange, gedeckte, nach Norden geschlossene, nach Süden offene Wandelgallerie. Bei dem exceptionell milden Charakter unseres Climas und den fortwährenden Verbesserungen der Hôtel-Einrichtungen darf nunmehr das Kurhaus St. Beatenberg für jede Jahreszeit zum Aufenthalte empfohlen werden.

Brochuren und Prospecte gratis beim *Eigenthümer und Kurarzt* ***Dr. med. Alb. Müller.***



Von allen bekannten Weinen enthält der Wein von St.-Raphaël am meisten reconstituierende, stärkende und tonische Bestandtheile. — Sehr leicht verdaulich ist er unvergleichlich zur Stärkung junger Frauen, Kinder und bejahrter Personen. — Ganz vortrefflich mundend ist er der gesundeste aller Weine. — Gewöhnliche Dose: ein Kelchglas (Bordeauxglas) nach jeder Mahlzeit.

Jede Flasche trägt eine Etiquette und eine Kapsel mit dem Facsimile

Zu kaufen bei den Herren: ***E. Ramsperger*** *in* ***Basel, W. Pictet*** *in* ***Genf*** *und* ***allen Apothekern*** *und* ***Droguisten.***

Expedition: die „Compagnie propriétaire du vin de St. Raphaël" in Valence (Drôme), Frankreich.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N°. 13. XII. Jahrg. 1882. 1. Juli.

Original-Arbeiten.

Charles Darwin.

Von Prof. **L. Rütimeyer** in Basel.

In einer Zeitschrift, welche zu den speciellen Arbeiten Darwin's nicht in näherer Beziehung steht, als der an unabhängigem und logischem Denken über das Wesen und Ziel organischen Lebens interessirte Theil der Gesellschaft überhaupt, kann es sich bei einer Erinnerung an *Charles Darwin*, die von der verehrl. Redaction gewünscht wurde, in keiner Weise um eine Aufzählung oder gar Besprechung einzelner, sei es auch nur der hervorragendsten oder folgenreichsten Werke dieses Mannes handeln. Zumal nicht erst jetzt, nachdem Tagesblätter aller Art und aller Richtung in allerlei Form die Rolle der Darwin'schen Schriften in der wissenschaftlichen Litteratur zu erörtern bereits versucht haben. Passender mag es daher erscheinen, in einem Correspondenzblatt von Aerzten einen kurzen Rückblick zu werfen auf die Quellen von Gewalt, welche den Darwin'schen Arbeiten einen so überwältigenden Einfluss auf den Gedankengang der Gegenwart verschafft haben. Denn in Abrede ist nicht zu stellen, dass die Erschütterung, die den Darwin'schen Publicationen folgte, eine so mächtige und ausgedehnte war, wie sie sonst nur etwa von den Gebieten theologischer und philosophischer Dogmatik ausging. Kaum weniger schroff als hier galt ja kurze Zeit, — erst in Berufskreisen und dann in immer peripherischeren Districten, — endlich bis in Distanzen, die der Einsicht in die Art und Realität der bewegenden Kraft sehr ferne standen, Zustimmung oder Ablehnung gegen „Darwinismus“ als Criterium von Ich und Du. In einem auf naturwissenschaftlichem Boden bisher etwa höchstens in den Gebieten von Astronomie und von Physik erhörten Weise wurde das Verhalten zu *Darwin* zur Confessionssache gemacht.

Schon hieraus würde sich für einen blossen Zuschauer, der nicht, wie die Meisten von uns, welche die Reihenfolge der Darwin'schen Publicationen von Anfang bis zu Ende erlebten, die ganze Bewegung mitgemacht hätte, nothwendig ergeben, dass dieser Arbeit ein einheitlicher Gedanke zu Grunde liegen musste. Darwin's Publicationen erstrecken sich zwar über einen ausserordentlichen Umfang von Terrain. Er behandelt speciellste Probleme der Geologie und der physikalischen Geographie, der Anatomie sowie der Physiologie von Thieren und Pflanzen, bis zu den physiognomischen Seelenäusserungen und den möglichen Ursprüngen moralischer Stimmungen und Regungen des Menschen. Dennoch ist alles das wie aus Einem Guss hervorgegangen, von derselben Methode geleitet und von demselben Ziel belebt. Auch wenn diese Arbeiten anonym erschienen wären, würde sich erkennen lassen, dass es dasselbe Auge und derselbe Verstand war, der hier die tellurische Rolle von Vulcanen und von Corallenleben, da die Instincte und Sitten der Erdwürmer, hier die delicatesten Regungen im Zellgewebe von Staubfäden oder von Kletterranken von Pflanzen, und da das Echo seelischer Regungen auf dem Antlitz eines Kindes oder in den Handlungen des Mannes belauschte. Dennoch wäre es unrichtig, Darwin den Titel eines Geologen oder eines Anatomen oder Physiologen, oder selbst den eines Zoologen oder Botanikers im üblichen Sinne des Wortes zu geben. Er hat kaum ein neues Geschöpf, sei es Pflanze oder Thier, sei es lebend oder fossil, beschrieben, keine Classificationen und keinen Stammbaum aufgestellt, keine histologischen oder chemischen Untersuchungen vorgenommen. Wie er seines Berufes niemals Lehrer war, so ist er Zeitlebens im vollsten Sinne des Wortes Schüler und zwar bescheidenster Schüler gegenüber der Natur, und von jeglichem dogmatischen Schulkram unberührt geblieben. Wollten wir Analogien für die Art seines Arbeitens finden, so wäre es wohl nicht unpassend, mindestens in Rücksicht auf Ausdauer und Liebe, sie in den zwar einem überaus beschränkteren Horizont gewidmeten Arbeiten eines *Swammerdamm*, *Trembley* und ähnlicher frommer Beobachter älterer Zeit zu suchen. Will man Darwin's Studien einen Fachtitel geben, so würde am ehesten noch, obwohl in einem andern als dem üblichen Sinne, das Wort Biologie passen, da er nicht blossen Partikeln von Leben, sondern dessen vollem Umfang und allen Aeusserungen desselben seinen Scharfsinn zuwandte.

Und auch Letzteres nicht etwa an einzelnen Beispielen oder in monographischer Weise. Ueberall und unablässig umfasst sein Blick die Totalität der Lebewelt und die tausend Wechselwirkungen, welche aus dem Zusammenleben einer ungeheuern Mannigfaltigkeit von Organismen aller Art auf einer und derselben Bühne entstehen. So fremdartig der Ausdruck auf dem Gebiet von thierischer und pflanzlicher Naturgeschichte klingen mag, so scheint mir doch das Richtige am besten getroffen zu sein, wenn man Darwin's Arbeiten eine Culturgeschichte der Organismen nennen würde. Nicht etwa, — um einem Missverständniss vorzubeugen, eine Geschichte der Cultur durch den Menschen, obschon einige der wichtigsten Schriften diesem Gegenstand speciell gewidmet sind, — sondern eine Untersuchung der Bedingungen und des Verlaufes von Cultur innerhalb der Thier- oder Pflanzenwelt selber in Folge von Zusammenleben Vieler; — scheuen wir uns nicht, das

Wort zu gebrauchen, — Darwin's Arbeiten haben in gewissem Sinne eine Geschichte der Civilisation im Bereich von Thier- und Pflanzenwelt im Auge. Wie in Bezug auf Ausdauer und Pietät manche Arbeiter vergangener Zeit die beste Parallele zu Darwin bilden, so ist nach Ziel und Methode der Gedankengang Darwin's eher demjenigen von *Buckle*, *Lubbock* und Andern vergleichbar, welche der Civilisation der Menschheit durch die ihr eingeborenen und sie umgebenden natürlichen Verhältnisse nachzugehen suchten.

Hiemit erklärt sich auch von vornherein der überwältigende Eindruck, den mindestens die speculativen Schriften Darwin's sogleich auf das Publicum ausübten. War auch, wie schon oft mit allem Recht gesagt worden, eine Menge der hauptsächlichsten und folgenreichsten Anschauungen Darwin's, und namentlich das Haupt-Object seines Denkens, die Transmutation oder mindestens der Wechsel der Organismen, den Naturforschern nicht im mindesten neu, und waren auch viele Versuche zur Erklärung desselben auf Boden eigenen Beobachtens und Denkens längst gereift, so war doch dieser Gedankenkreis für das grosse Publicum völlig neu und überraschte um so mehr, als derselbe in kurzer Zeit und in äusserst sorgfältig ausgearbeiteter Form, und umgeben von einem erdrückenden Arsenal von Beweismitteln, sofort wie ein fertiges und nach jeder Richtung befestigtes System an den Tag trat und wohl ahnen liess, dass die Logik, welche dasselbe beherrschte, nicht etwa an diesem oder jenem Puncte stille stehen oder ihre Macht verlieren werde.

Aber auch auf wissenschaftlicher Seite und in dem Kreise Derjenigen, welche sich mit diesen Problemen vielleicht seit langer Zeit befasst hatten, war noch nie versucht worden, sei es das Beobachtungsmaterial, sei es die Schlussfolgerungen in so geschlossener Weise zusammen zu stellen und einem so einheitlichen Erklärungsgrund, „natürlicher Auslese“, zu unterwerfen. Denn auch die im Jahre 1809 erschienene Philosophie Zoologique von *Lamark*, wohl von allen vorhergegangenen Versuchen der Art derjenige, der mindestens einige der Anschauungen Darwin's am umfassendsten behandelt hatte, steht an Durcharbeitung und an Befestigung durch Beobachtung hinter dem jetzt vor uns liegenden Complex der Darwin'schen Schriften weit zurück. Höchstens stiess man — und zwar zur Zeit der Erscheinung des ersten Signals der Darwin'schen Litteratur, der „Entstehung der Arten durch natürliche Züchtung“, in den fünfziger Jahren, — immer häufiger auf Aeusserungen, welche zeigten, dass die Probleme, welchen sich Darwin zuwendete, sehr wohl erkannt waren, wenn man auch vorzog, die Erklärung einstweilen als Privatsache zu behandeln und nur bei besonderem Anlass seinen Anschauungen Aeusserung zu geben. Auf eine Aufgabe, die, wie man zu sagen pflegt, in der Luft lag, hat also Darwin die Energie eines ganzen Lebens und einen so ungewöhnlichen Vorrath von Scharfblick und Ausdauer concentrirt, dass mit allem Recht der Gedankengang, dem seine Schriften gewidmet sind, fortan auf immer den Namen der Darwin'schen Theorie tragen wird, wenn auch mit der Zeit sich noch so Vieles daran umgestalten oder noch höhern Principien unterordnen sollte.

Die Vorschule zu so compacter Thätigkeit lag ohne Zweifel in der grossen Reise, die Darwin unmittelbar nach den præparatorischen Studien in Edinburgh

und Cambridge, von 1831—1836, in seinem 22.—27. Lebensjahre, als Naturforscher des Schiffes *Beagle* nach Südamerica und von da über die Galapagos-Inseln nach Neu-Holland, Neu-Seeland, und über die Mascarenen zurück nach England geführt hatte. Es ist kaum möglich, ein zweites Reisewerk zu nennen, wo die Intelligenz eines einzeln stehenden Mannes durch sorgfältigste Beobachtung von Natur unorganischer oder irgendwie organischer Art und durch Ueberblick der Gesammtbedingungen, unter welchen jedes Einzelnste besteht, zu glänzenderen Resultaten führte. Noch schärfer als in dem Reisebericht selber tritt diese Combinationsgabe und dieser Weitblick vielleicht in der schon vor diesem (1842) erschienenen Schrift über die Structur und die Vertheilung der Corallenriffe an den Tag, einem Büchlein, dem an Kraft, Erscheinungen der grössten Art mit natürlicher Logik bis auf ihre kleinsten Factoren zu analysiren, kaum eine andere naturhistorische Schrift an die Seite zu stellen ist. Als Beleg von der Zähigkeit, mit welcher Darwin seinen Beobachtungen nachging, und in dieser Beziehung der Aufmerksamkeit wohl werth, ist auch die Bemerkung, dass der letzten und wahrhaftig trotz ihres unscheinbaren Gegenstandes an grossartigem Umblick nicht armen Schrift Darwin's über die Erdwürmer (1881) bereits im Jahre 1837 als Vorläufer eine kleine Arbeit über die Bildung von Gartenerde vorausgegangen war.

Seit der Rückkehr nach England hat Darwin seinen Wohnsitz in Down in der Nähe von London kaum mehr verlassen, und erst mit dem Jahr 1859 begann dann die Reihenfolge der berühmten Werke, die sämmtlich an der Hand eines wahrhaft riesigen Materials von Beobachtungen und Versuchen der delikatesten und consequentesten Art der Begründung der bekannten „Theorie", d. h. der Lehre von der Umgestaltung der Organismen durch natürliche Auslese gewidmet waren. Man hat dies häufig, aber mit grossem Unrecht, ein Lehrgebäude genannt; denn jeglicher Dogmatik, und also auch jeglicher Polemik vollständig fern, enthalten diese Schriften alle in Wahrheit nur in bescheidenster, wenn auch ausgearbeitetster Form die persönliche Antwort des Verfassers auf dringende — man darf fast sagen, auf Gewissensfragen der Naturforschung. In stiller Abgeschlossenheit sind also fast zwei Jahrzehnte der Reife diesen schwerwiegenden Schriften, die nun Schlag auf Schlag folgten, vorausgegangen. (Um nur die umfangreicheren zu nennen: 1859 Ursprung der Arten. 1862 Befruchtung der Orchideen. 1865 Bewegung von Kletterpflanzen. 1868 Veränderung von Pflanzen und Thieren durch Züchtung. 1871 Abstammung des Menschen. 1872 Ausdruck von Gemüthsbewegungen bei Menschen und Thieren. 1876 Kreuz- und Selbstbefruchtung von Pflanzen. Insectenfressende Pflanzen. 1878 Form der Blumen. 1881 Bewegungsvermögen der Pflanzen.

Den Inhalt und die einzelnen Bestandtheile dieses Gedankengangs zu erörtern, müsste hier verfehlt erscheinen. Um so mehr, als es zu den hervorragendsten Zügen der Darwin'schen Schriften gehört, dass sie es verstanden, ohne allen scholastischen Wortkram ihren Inhalt mit den Hülfsmitteln der populären Verkehrssprache zum allgemeinen Verständniss zu bringen. Kein Zweifel, dass sie dieser naiven Technik, die trotz ihrer Einfachheit bekanntlich an packenden Ausdrücken für ihre Abstractionen durchaus nicht arm war, einen guten Theil ihrer erstaunlich

raschen Einbürgerung in das Denken der gelehrten wie der ungelehrten Classen zu verdanken hatte.

Eher mag es am Platze sein, mit einigen Worten auf die nächsten Wirkungen dieser Schriften hinzuweisen. Unter allen Umständen hat die populäre Litteratur, wie sie sich von der Berührung mit dem Gedankengang Darwin's so überrascht zeigte, eine schwache Urtheilskraft verrathen, als sie, wie dies so reichlich geschah, sich äusserte, als ob mit Darwin alle bisherige Zoologie zu Grabe getragen und eine neue Aera angebrochen wäre. So vielfach Darwin's wunderbare Originalität der Beobachtung wie der Speculation überall neue Provinzen und Perspectiven zu eröffnen wusste und es verstand, vor so manchem in Schulluft vergilbten Wissensgebiet einen Vorhang wegzuziehen und frische Luft und Licht hereinzulassen, so konnte jenes Urtheil doch nur aus geringer Vertrautheit mit dem Gang der Wissenschaft hervorgehen. Darwin's Leistungen sind zweierlei Art. Sie liegen einmal in der Genauigkeit, Scharfsinnigkeit und der geistreichen Combination seiner Beobachtungen; andererseits sind sie speculativer Art und liegen in den aus dem Beobachtungsmaterial abgeleiteten Schlussfolgerungen. Sowohl Darwin's Auge als das dahinter liegende Organ erscheinen in dieser Rücksicht als Werkzeuge von gewaltig höherer Vollendung und Leistungskraft als die gleichnamigen Organe der grossen Mehrzahl seiner Zeitgenossen. Die Schriften bis 1859, die sich alle noch an seine Reise knüpfen, sind nur ersterer Art, und ihr Hauptgepräge liegt in der kosmischen Anschauung des Einzelnen, wo die genaueste Detailbeobachtung sich stetsfort eine umfassende Anschauung des Naturganzen offen hielt. Geologie und Geographie, Palæontologie, Zoologie und Botanik bis in kleine Details von Anatomie bieten sich darin die Hand, um grosse Naturbilder zu schaffen, welche weit höher anzuschlagen sind, als selbst die poetischen Naturschilderungen Humboldts, zu welchen sich die Darstellungen Darwin's verhalten, wie etwa Architektur oder Skulptur zu Malerei. Während letztere mehr nur farbenvolle Contouren und Perspectiven liefern, sind dieses Structuren, aufgebaut aus geistvollster, der Natur abgelauschter Combination von bis in's Minutiöseste beobachteten Thatsachen.

Die Schriften seit 1859 haben alle einen speculativen Hintergrund und Prospect. Dennoch sind sie bekanntlich so gut wie die erstern, und sogar zum grössten Theile, wahre Arsenale von Beobachtung delikatester und gewissenhaftester Art, aber doch durchweg vorgenommen und combinirt im Hinblick auf das subjective Ziel des Verfassers. Für das grosse Publicum hat der speculative Theil dieser Schriften den positiven bekanntlich weit überschattet. Den Werth dieser speculativen Seite wird Niemand geringschätzen können, dem Durchdenkung als das wesentliche Ziel der Beobachtung, und dem die Erscheinungen in der Materie nur als Aeusserung von Regungen tieferer Art erscheinen. Aber auch hier dürfte die originelle Art und die wunderbare Combination des Schliessens, und vor Allem die einheitliche Kraft, die Alles zu einem Ganzen zusammenhält, also eher die Art der Methodik des Denkens, doch sich als bedeutender und fruchttragender herausstellen, als die Qualität der Schlussfolgerungen selber. Vorzüglich gilt dies für jene lebensfrische und gesunde Denkkraft, die in so viele erstarrte Beobach-

tungsgebiete neue Bewegung und Wegweisung zu bringen vermochte und noch auf manchem Gebiet und auf lange Zeit wie belebender Windhauch wirken wird, während sich vielleicht gerade die aufrichtigsten Verehrer Darwin's dagegen auflehnen, wenn man versichert, dass die lange vor Darwin aufgestellte Transmutationstheorie, oder die durch Darwin versuchte Erklärung derselben die Gesetze der Lebensentwicklung und die Motoren von Veränderung und Progress des Lebens aufgedeckt habe.

So wenig indess die den Darwin'schen Schlussfolgerungen zu Grunde gelegte Annahme der Abänderung von äussern oder innern Merkmalen von Species, und der Vererbbarkeit und Steigerungsfähigkeit solcher Abänderungen jemals wieder in dem Grade, wie es seiner Zeit etwa zur Zeit *Cuvier*'s der Fall war, wird beseitigt werden können, da zu viele Belege dafür zusammengehäuft wurden, so wenig kann dasselbe als ausreichende Erklärung von allem Dem, was Darwin davon ableitet, angesehen werden. Um so weniger, als die Palæontologie ihrerseits immer reichlichere Belege anhäuft, dass eben sei es das Vermögen, sei es das Bestreben der Abänderung nichts weniger denn als eine allgemeine Qualität der Organismen gelten kann. Am wenigsten vermochte der merkwürdige Versuch, die Erscheinungen von Vererbung, die nebst denjenigen von Abänderung eine so grosse Rolle in den Darwin'schen Abstractionen spielen, durch eine Art physikalischer Erklärung (Pangenesis) zu erklären, ihre Absicht zu erfüllen, und es ist zu erwarten, dass doch eine Gedankenfolge, die ein sowohl an Scharfblick als an Umblick Darwin mindestens ebenbürtiger Forscher, *C. E. v. Bær*, unter dem Titel Zielstrebigkeit der speculativen Seite der Naturforschung zur Erwägung anempfohlen hatte, sich immer mehr als nothwendiges Complement und vielleicht als Hintergrund zu der Darwin'schen Denkungsweise herausstellen werde. So mindestens für Diejenigen, die sich noch sträuben, Physik und Psyche als von Anfang an und in allen Aeusserungen identisch und gleichwerthig anzusehen und die mindestens einen Theil der seit Beginn der Erde von den organischen Substanzen durchgeführten Arbeit darin erblicken, auch Producte, die voraussichtlich noch für lange Zeit für Viele als überorganisch gelten werden, anzusammeln. Während Darwin in letzter Linie wesentlich auf eine Art mechanischer Erklärung für die im Verlauf der Erdgeschichte erfolgten Veränderungen der Organismen ausgeht, haben alle Arbeiten und Anschauungen *C. E. v. Bær*'s noch eine freilich auf dem Wege des Experimentes wohl auf immer unnahbare lebendigere Kraft, von welcher jene Mechanik nur Ausdruck ist, zum Hintergrund.

Nicht weniger hoch als diese intellectuellen Leistungen Darwin's ist übrigens der Charakter von Mässigung und Unzudringlichkeit anzuschlagen, mit welchem dieselben dem Publicum angeboten wurden. Ueberall tritt nur das Bestreben, dem Denken neue Thore zu öffnen, und nicht etwa der Versuch, es in neue Formeln einzusperren, an den Tag. Dieser Mässigung verdanken denn auch seine Schriften die Hochachtung, die sie sich so rasch und bleibend zu erwerben wussten. So gross bei dem ersten Auftreten und in vielen Kreisen, namentlich Englands, der Widerstand und wohl auch der Schrecken über diesen consequenten Gedankengang war, so fand man doch bald heraus, dass damit keineswegs jegliche tiefer

liegenden Zielkräfte in dem Bereich organischen Lebens ausgeschlossen seien. War doch die erneuerte Erkenntniss, dass die Fähigkeit des Stoffes darin bestehe, durch Organisation nicht nur im Verlauf von Erdenaltern, sondern sogar im Laufe individuellen Lebens, vom Ei an bis zum Tode, Eigenheit, Person zu bilden, und Eigenthum und Leistung sehr verschiedener Art zu Stande zu bringen, mit der Annahme nicht unvereinbar, dass in solcher Fähigkeit nicht nur virtuelle Kraft, sondern sogar die Bestimmung des Stoffes liegen könne. Mit gleicher und pietätsvoller Mässigung hat sich übrigens Darwin von dem freilich dann sehr bald von anderer Seite gemachten Versuch, auch das ganze Gebiet des Geistes den von ihm aufgestellten Leitfäden organischer Entwicklung zu unterwerfen, fern gehalten. Mit tiefer Einsicht in die Schwächen des menschlichen Denkens äussert sich daher einer der hervorragendsten Mitarbeiter Darwin's, *Huxley*, hinsichtlich des möglichen Schicksals der Darwin'schen Lehre in kurzsichtigen oder abgestorbenen Köpfen dahin, „dass uns die Geschichte lehre, dass das übliche Schicksal neuer Wahrheiten darin bestehe, dass sie als Ketzereien geboren werden und als Aberglauben sterben; dass es daher nicht unmöglich sei, dass in fernern 20 Jahren die neue Generation, erzogen unter den jetzt wirksamen Eindrücken, Gefahr laufen könne, die allgemeinen Lehren vom Ursprung der Arten mit so wenig Ueberlegung und vielleicht mit so wenig Recht anzunehmen, als so viele Zeitgenossen sie vor 20 Jahren verwarfen. Dass wir Alle unser inständiges Flehen gegen einen solchen Untergang erheben müssten, da der wissenschaftliche Geist etwas Höheres sei, als dessen Producte, und irrationell gehandhabte Wahrheiten mehr Schaden stiften könnten, als mit Vernunft behandelte Irrthümer. Dass der Kampf um's Dasein in dem Gebiet des Intellektes so gut wirksam sei als in der Körperwelt, und dass, da eine Theorie eine Species des Denkens sei, ihr Recht zur Existenz Schritt halte mit ihrer Fähigkeit, dem Untergang durch Mitbewerber zu widerstehen."

Nicht nur in diesem Licht wird man daher der speculativen Seite der Arbeiten Darwin's, deren Schicksal ja unter allen Umständen ein weniger sicheres sein wird, als das der positiven, einstweilen eher eine rückgreifende als eine vorausgreifende Wirkung zuschreiben. Die hauptsächlich durch *Cuvier* für eine ganze Generation so solid befestigte, obwohl schon zu seiner Zeit stark angefochtene Doctrin der Unveränderlichkeit der Species ist durch Darwin auf manchen Gebieten wohl für die Dauer beseitigt, und die Aufmerksamkeit der Naturforschung überall auf die Beobachtung der Veränderungen, statt blos der Beharrlichkeiten des Lebens hingewiesen worden. Wie die neue Aera von Fortschritt, deren Begründung so vielfach als vollendete Leistung Darwin's begrüsst wurde, sich bewähren werde, wird grösstentheils davon abhängen, ob seine Nachfolger mit dessen Umblick und Selbstlosigkeit fortzuarbeiten vermögen.

Von allen Publicationen Darwin's speculativer Art hat ohne Zweifel den weitesten Wiederhall und die emsigste Auslegung das Buch über die Abstammung des Menschen gefunden. So sehr sich dies einmal durch die Vitalität des Interesses an dieser Frage, andererseits durch die geistigen Bewegungen ganz andern Ursprungs, mit welchen die Schrift zusammenfiel, erklärt, so kann man nicht sagen,

dass dies die Besorgnisse *Huxley*'s zerstreuen und als besonderer Beleg für die Ernsthaftigkeit des Publicums, sich die Denkmethode Darwin's anzueignen, gelten könnte. An sich war das Buch nur eine Ausarbeitung des Darwin'schen Gedankenganges auf einer speciellen Bahn und insofern, abgesehen von der Fülle von Beobachtungen über höhere Thierclassen, die dessen grössten Inhalt bilden, für den selbstständigen Denker entbehrlich. Vereinzelt und in weniger bewegter Zeit würde es auch diese rasche Einbürgerung in die Wissensquellen eines so grossen Publicums aller Art kaum gefunden haben. Aber auch im Bereich der Naturforschung selber hat das Buch seiner Absicht wohl weniger entsprochen, als die übrigen und sie scheint wenigstens hier, am Gipfel ihrer Aufgabe, der Aufforderung von Aristoteles und Kant, dass der Mensch vom Menschen so hoch als möglich denken solle, wenig eingedenk gewesen zu sein.

Sollte indessen die von Darwin selber doch auch hier innerhalb der strictesten Grenzen von Pietät in Form und Absicht neu angefachte Prüfung dieses unablässig vorhandenen und unabweisbaren Problems das entgegengesetzte Lager, das sich hiegegen als gegen eine Antastung der Menschenwürde auflehnte, festeren Fusses oder in viel rühmlicherer Stellung angetroffen haben? Zuzugeben ist allerdings, dass jede solche Prüfung, da sie von vornherein nie hoffen darf, den Forderungen wissenschaftlicher Zuverlässigkeit nachzukommen, Gebiete persönlichsten Rechtes betritt, auf welchen sie sich Niemanden, der sie ablehnt, aufzudrängen hat. Wer indessen ermisst, wie unmerklich das Reich körperlicher Beschränkung und materieller Nothwendigkeit an dasjenige wahrhafter Individuation und wirklicher Freiheit stösst, den wird die Einsicht doch kaum schrecken können, dass es doch Antriebe von in so engherziger Weise der Materie feindlich genannten Kräften über der grossen Scene von Kampf sein könnten, die sich schon in der Materie regen und sie antreiben, immer neue Früchte immaterieller Art zu reifen, ohne welche sich die Noth des Daseins kaum verlohnen würde. In solchem Lichte kann es mindestens nicht unwürdig erscheinen, für das Höchste, was Körperlichkeit zu Stande bringt, die Wurzeln und Antriebe in der körperlichen Organisation zu suchen; und nicht untröstlich, anzunehmen, dass eben Creatur nicht ziellos sei, sondern zu Leistungen führen könne, welche die körperliche Basis vergessen lassen. Sogar auf dem Gebiet der Pflicht, wo doch das eigene Gewissen von Verkettung mit Thierheit oft genug schreckhaftes Zeugniss ablegt, bleibt, sobald man es der Bestimmung von Creatur einverleibt, — und sogar ernsthafter und unbequemer, als wo man dem Menschen das Vorrecht des Vergessens seiner natürlichsten Beziehungen einräumt, — Aufforderung genug, um von den Schlussfolgerungen, welche sich an den Darwinschen Gedankengang über die körperliche Herkunft des Menschen knüpfen, nicht von vornherein nur schlimme Früchte zu erwarten.

Noch von allem Dem zu reden, was sich dann nachträglich unter dem Titel Darwinismus unter die Aegide Darwin's zu stellen suchte, müsste vor einem wissenschaftlichen Publicum so verfehlt erscheinen, als wenn wir ihm, wo es sich um eine Erinnerung an den grossen Naturforscher handelte, eine Analyse von dessen Arbeiten hätten anbieten wollen.

Zur Statistik der Kropfexstirpation seit 1877.

Von Dr. **F. Borel**, Neuchâtel.

Die interessante Arbeit über Kropfexstirpationen, die Prof. Dr. *Kocher* von Bern in diesem Blatte veröffentlicht hat, veranlasst mich, einige Worte über meine persönlichen Erfahrungen in diesem Gebiete zu berichten.

Bei jeder statistischen Zählung ist man Irrthümern ausgesetzt, daher muss man sich befleissen, die Quellen dieser Irrthümer möglichs aufzufinden. Bei einer kleinen Zahl wie der von Prof. *Kocher*, von 118 Fällen, sind 9 resp. 11 Fälle, mehr oder weniger von grosser Bedeutung. Deswegen habe ich mir erlaubt, auch meine eigenen Operationen in diesem Gebiete jener Statistik anzureihen, da ich von derselben vor ihrer Veröffentlichung keine Kenntniss hatte.

Es ist selbstverständlich, dass, da die Zählung erst mit dem Jahre 1877 beginnt, ich auch nur jene Fälle, die seit dieser Zeit von mir operirt wurden, in Betracht ziehen werde.

Wenn ich bis jetzt nur einen einzigen Fall von Retrosternalkropf veröffentlicht habe (Corr.-Bl. 1878 Nr. 18 Pag. 563 — siehe unten Fall Nr. 1), der z. Z. so zu sagen ein Unicum war, und ich über andere auch sehr interessante Fälle, z. B. Fall Nr. 3, nichts geschrieben habe, so kommt es davon, weil ich nicht einsehe, wozu es nützt jede Operation, die man macht, sofort zu publiziren, dazu würde dieses Blatt nicht ausreichen. Das Bedürfniss der Veröffentlichung hat in unseren Tagen eine beinahe lächerliche Ausdehnung angenommen.

Jeder verständige Fachmann weiss heutzutage was eine Kropfexstirpation ist, weiss auch, dass man nur mit grosser Vorsicht sich an eine solche wagen darf.

Erst durch eine Reihe von Operationen in der Technik derselben befestigt, kann man heute bestätigen, dass Misserfolge zu den Seltenheiten gehören.

Fälle mit lethalem Ausgang kommen einerseits bei organischen Fehlern vor, die unmöglich vorher bestimmt werden konnten, wie in meinem Falle Nr. 7, oder aber lag das Verschulden in mangelhafter Antisepsis wie in dem Falle, den Prof. *Kocher* veröffentlicht hat.

Darnach eine besondere Antisepsis für Kropfexstirpationen suchen zu wollen, scheint mir zu weit gegangen, obgleich ich ganz der Meinung bin, dass die Antisepsis je nach dem Falle modifizirt werden muss. Stets wandte ich einen zum wenigsten aseptischen Verband an, ohne aber den Spray, den ich nur bei den Verbänden gebrauche, zu benützen. Einmal habe ich Salicylverbandstoffe angewandt, ein anderes Mal waren sie in Borax präparirt, hie und da begnügte ich mich mit Glycerin und Alcohol, immer aber hielt ich streng auf vollständige Hæmostase und auf einen Compressivverband durch nasse Gazbinden, die in 8 Touren über Kopf, Hals und Thorax gingen. Selbstverständlich war die Drainage immer eine gründliche.

Die Fälle, die ich vor 1877 operirt habe, sind ebenso gut septisch verlaufen als die späteren.

Wenn es meiner Wenigkeit erlaubt ist, einige Indicationen über die Zulässigkeit der Kropfexstirpation mitzutheilen, so ist es nach meinem bescheidenen Gutdünken

nothwendig, einen Patienten zu haben, der nicht zu hoch im Alter steht. Ich glaube, dass nach dem 50. Jahre sogar bei sonst kräftigen gesunden Leuten die Operation wenig Chancen bietet; dass die Beschwerden, die durch den Kropf verursacht sind, Erstickungsanfälle und Dysphagie, die Gefahren der Operation begründen; chronische Entzündungen und Eiterungen der Thyroïdea, sowie cosmetische Gründe bei jungen Leuten, besonders Mädchen, bestimmen mich auch zur Operation. Ich füge noch hinzu, dass ich mich ganz der Meinung *Rose's* anschliesse, der findet, dass, da der Kropf eine fortwährende Neigung zum Wachsen hat, er ihn lieber dann exstirpirt, wenn die davon Befallenen noch jung sind.

Für die Operation selbst muss man neben der grössten Reinlichkeit, id est das erste und letzte Wort der Antisepsis, auf grosse Ruhe seitens des Operateurs und ganz genaue anatomische Kenntnisse rechnen können.

Ob der Stiel breit oder eng ist, das hat nur eine in zweite Linie fallende Bedeutung, denn es handelt sich hier nur darum zu wissen, ob man intra- oder extracapsulär operirt. Im letztern Falle bildet eine breite Basis allerdings hie und da unüberwindliche Schwierigkeiten, diese vermeidet man aber so leicht bei der intracapsulären Exstirpation, dass es, besonders bei nicht malignen Tumoren, absolut unnöthig ist die Capsel mit der Struma wegzunehmen.

Es möge mir erlaubt sein, hier eine Bemerkung mitzutheilen, die ich noch nirgends gefunden habe: nämlich diejenige der vorkommenden Geistesstörungen bei den Operirten. Diese können alle möglichen Formen annehmen, je nach dem Charakter und der psychischen Anlage des Patienten (siehe weiter unten). Diese Störungen haben an sich meistens in den von mir beobachteten Fällen keine Wichtigkeit, da sie binnen wenigen Tagen verschwinden, auch muss man sich ihrer gar nicht annehmen, ausser wenn die mania acutissima für den Patienten gefahrdrohend werden könnte (Fall Nr. 2).

Ich habe in meinen Fällen nie Nervenverletzungen beobachtet, z. B. sind meine Patienten nie aphonisch gewesen, auch glaube ich nicht die Geistesstörung auf Innervationsveränderungen zurückführen zu müssen, sondern vielmehr auf den gestörten Kreislauf im Gehirn, und zwar nicht bloss in Folge der Entfernung der Thyroïdea an und für sich, aber auch in Folge der nothwendigen Ligaturen.

Was die malignen Tumoren der Schilddrüsen anbelangt, bin ich bis heutzutage sehr unglücklich gewesen, was nicht ausschliessen soll, dass man, sobald man Verdacht auf zu weiteren Recidiven geneigte Geschwülste hat, man dieselben sofort und gründlich exstirpiren muss. Hier werde ich mich immer der Ermahnungen meines verehrten Lehrers der Chirurgie, Prof. *Lücke*, erinnern, der unsere Aufmerksamkeit auf die maligne Natur des Tumors lenkte allemal wo bei einem schnellwachsenden Kropf hochgradige Dysphagie vorhanden war.

Meine Fälle seit dem 1. Januar 1877 sind folgende, um unnöthigen Zeitverlust zu vermeiden, werde ich dieselben so kurz als möglich zusammenfassen.

1) Tirino, Victor, Kaminfeger, 18 Jahre alt, wird am 11. Juni 1878 wegen eingeklemmtem Bruch in's Spital gebracht. Bruch reponirt. Am Abend des 18. Erstickungserscheinungen, in Folge einer hühnereigrossen Geschwulst, die vor dem Hals sass und nach Belieben, auch zufälligerweise hinter das Sternum rutschte; wenn dieselbe aus dem Thorax, sei es durch vermehrten Druck in dieser Höhle, sei es durch Taxis, wieder herausgebracht

worden war, so verschwanden die Erstickungsanfälle. Die Geschwulst war sehr beweglich, dünn gestielt, nicht an der Haut adhärent, sich etwas teigig anfühlend, hatte von aussen keinerlei Verbindung mit den Seitenlappen der Thyroïdea. Ich diagnosticirte ein Goître plongeant des mittleren Lappens und da die Geschwulst relativ klein erschien, nahm ich die Operation am 21. Juni vor, trotz der Mahnungen der Autoren, solche Kröpfe nicht anzugreifen. Ich schnitt in der Mittellinie, musste aber, da ich beim Anblick der enormen grossen Venen, die die Geschwulst bedeckten, sofort auf einen viel grösseren Tumor schliessen als ich erwartet hatte, und in der That, beim Präpariren des Stieles sah ich, dass derselbe links vollkommen abgegrenzt war, währenddem er sich rechterseits in einer bindegewebigen Masse verlor, in welcher sich auch der mannesfaustgrosse rechte Lappen befand, der aber hinter die Clavicula, die erste Rippe und das Sternum gerutscht war und dessen Conturen gar nicht von aussen wahrgenommen werden konnten. Wie ich den mittleren Lappen bereits zum grössten Theil entfernt und auf die Seite geschoben hatte, um die Präparation des rechten von unten zu ermöglichen, sah ich, dass derselbe die Trachea nach rechts und unten gezogen hatte, wodurch vor dem Hals und etwas hinter dem Sternum ein freier Platz entstanden war, in welchem Raum sich eben der mittlere Lappen versenken konnte. Die Abräumung des rechten Lappens, der hinten bis zum Oesophagus reichte, bot mehrere Schwierigkeiten dar. Am Abend der Operation erklärte der Kranke niemals so gut geathmet zu haben. Ich kürze ab, da die Leser des Corresp.-Bl. diesen in französischer Sprache bereits in extenso referirten Fall kennen. Patient war ungefähr acht Tage lang von ausgesprochener Melancholie mit Stupor befallen. Ende Juli wurde er geheilt entlassen.

2) Alexander Georges, 20 Jahre alt, Savoyard, Uhrenmacher, ist von einer kindskopfgrossen Struma cystica des rechten Lappens befallen. Der Patient, der schon mehrere Behandlungen durchgemacht hatte, stellte sich bei mir, vor um von seinem Leiden radical befreit zu werden. Die Operation, am 4. August 1879 mit der Assistenz des Collegen Möbus, gegenwärtig Arzt in Couvet, gemacht, ist sehr leicht gewesen. Als die Capsel vom Ohre bis zum Jugulum gespalten war, konnte ich einfach mit dem Finger die ganze Cyste ohne Berstung enucleiren. Der Patient ist wie der vorige von traurigen Ideen befallen worden. Am Abend der Operation riss er seinen Verband ab und fuhr mit den Fingern in die Wunde hinein, in der Hoffnung, dadurch eine tödtliche Blutung zu verursachen. Ich musste am selben Abende die Nähte abnehmen und neue Ligaturen machen. Da der Patient nicht versprechen wollte, seine Selbstmordversuche bei Seite zu lassen, wurde ihm die Zwangsjacke angelegt. Als er ruhiger, wurde ihm dieselbe wieder abgenommen, allein trotz strenger Aufsicht gelang es ihm nochmals, seine Manöver zu erneuern; nach weiteren 48 Stunden verlor der Patient seine Melancholie vollständig und wurde am 46. Tage nach der Operation geheilt entlassen. Ich begegne oft dem jungen Mann, der sich seitdem vollständig wohl befindet, und zur vollen Zufriedenheit seines Meisters arbeitet.

3) Catherine W., 24 Jahre alt, stellte sich Ende Februar 1880 im Spital vor zur die Heilung einer kleinen Fistel, welche auf der Höhe des os hyoideum linkerseits sich befindet und aus welcher beständig Eiter abfliesst[1]). Patientin ist sehr gut gebaut, zeigt keine Spuren von constitutionellem Leiden, Stimme klar; laryngoscopische Untersuchung ergibt nichts besonderes. Der Hals von aussen scheint nicht viel voller als gewöhnlich; auf seiner rechten Seite, und zwar auf der Clavicula aufliegend, fühlt man einen faustgrossen Tumor von steinharter Consistenz, dessen unteres Ende aber etwas weicher erscheint und sich mit dem Finger eindrücken lässt. Der Druck auf diesen Punct bewirkt ein Hervorquellen des Eiters durch die Fistel; eine Sonde in die letztere eingeführt ist leicht auf die Clavicula zu spüren. — Diagnose Strumitis calculosa suppurata lobii dextri et medii. Operation am 2. März 1880 mit der Assistenz des Arztes der Patientin Hrn. Dr. *Favre*. Schnitt in der Mittellinie Ligatur der Ven. jugulares mediæ und externæ und der Art. thyrd. sup. et inf. Enucleation theils mit dem Finger theils mit dem Messer. 5% Chlorzinklösung, Drainage, antiseptischen Verband. Geheilt in 41 Tagen.

---

[1]) Siehe meinen Spitalbericht von 1880, derselbe wurde zum Ref der Red. des Corr.-Bl. eingesandt, kam aber nicht zur Veröffentlichung.



4) Lina Christen, 22 Jahre alt, aus Bern, wollte sich aus zwei Gründen operiren lassen: erstens wegen leichter Athembeschwerden und zweitens, gerade wie die vorige, weil sie heirathen wollte. Es handelte sich um eine parenchymatöse Entwicklung, die die 3 Lappen der Thyroïdea befallen hatte. Die totale Exstirpation wurde am 29. März 1880 mit der zufälligen Assistenz der Herren Collegen Dr. *Nicolas* und *Henry* ausgeführt. Am 4. Mai ist Patientin vollständig geheilt entlassen worden. Die Operation bot kein besonderes Interesse dar, die Capsel ist zum Theil nachträglich abgenommen worden um etwaige Eiterungen zu vermeiden.

5) Struma parenchymatosa bei einem Kind von 7 J. Renard Auguste Savoyer, wohnhaft in Neuchâtel, ist seit langer Zeit schon von einem Collegen wegen angeblicher Laryngitis granulosa behandelt worden. Als Nothfall in's Spital gebracht am 13. Mai 1880, zeigen sich sämmtliche Erscheinungen der Trachealstenose, welche durch eine mannesfaustgrosse Struma bewirkt ist. Ich operire ihn am folgenden Tage, 14. Mai, vor den Collegen Dr. *Henry* und *Reynier*. Die Exstirpation war in diesem Falle besonders schwierig, weil erstens der linke Lappen der Drüse ebenso hypertrophisch wie der rechte, ganz flach in einer grossen Ausdehnung auf der linken gemeinen Jugularvene sass. Patient geheilt entlassen am 23. Juni 1880. Melancholia agitata mehrere Tage lang.

6) Struma parenchymatosa der 3 Lappen. Frl. Elise B. aus Verrières (Suisse) litt seit langer Zeit schon an einer beträchtlichen Entwicklung der Schilddrüse. Nachdem sie verschiedene Autoritäten consultirt hatte, entschloss sie sich zu der ihr vorgeschlagenen Operation. Eintritt am 4. Januar 1881. Die Geschwulst enorm gross bildet einen einzigen Wulst von einem M. stern.-cleido.-mast. zum anderen. Dieselben sind nach hinten verdrängt, die Carotis pulsirt unter dem proc. mastoid. Das Gesicht ist leicht cyanotisch, das Aufsteigen der Treppen beinahe unmöglich; der Athem pfeifend und beschleunigt, Puls klein. Die Venen am Halse sind auffallend vergrössert, leichte Schlingbeschwerden. — Operation am 7. Januar mit der gefälligen Assistenz der Herren Collegen *de Montmollin* und Divisionsarzt *Virchaux*. Die Operation war schwierig, der ganze Hals bis zur Wirbelsäule musste anatomisch präparirt werden. Ich gab mir natürlich nicht die Mühe die Ligaturen zu zählen. Beim zweiten Verband, d. h. 5 Tage nach der Operation, konnten Drainage und Nähte abgenommen werden; am 21. Tage war die Wunde vollständig geheilt, leider entwickelte sich eine Pleuritis acuta dextra, die die Patientin bis zum 17. Februar im Spital festhielt; sie wurde also erst am 44. Tage nach der Operation geheilt entlassen. — In diesem Falle haben wir nochmals die merkwürdige Beobachtung gemacht, dass psychische Störungen in Folge von Kropfexstirpationen entstehen können. Diese Patientin glaubte ungefähr eine Woche lang eine Gemse zu sein, deren Rücken weggeschossen worden war, und da beim Verbandwechsel jedwelche Bewegung mit den Armen verboten wurde, ist sie immer mehr in ihrem Glauben bestärkt worden. Erst als sie einmal ihren Rücken betasten konnte, verging ihr blitzschnell die verwirrte Idee und machte sie uns erst dann Mittheilung von derselben.

7. Struma parenchymatosa von der Grösse eines Kindskopfes. Marie Berger, 18 J. alt, aus dem Canton Bern, stammt aus tuberculöser Familie; Herzhypertrophie, sonst kräftig gebaut, Gesicht leicht cyanotisch. Patientin will operirt werden, da sie so ihren Dienst nicht mehr versehen kann. Eintritt in's Spital am 30. Mai 1881. Operation am 1. Juni. Die Blutung ist sehr bedeutend, Lufteintritt in die Venen, gefahrdrohende Erstickungsanfälle, sofortige Tracheotomie. Beim Unterbinden der Gefässe bemerke ich mit Schrecken, dass der Catgut die morschen Venenwände zerreisst; versuche mit Seide zu unterbinden, doch gleicher Misserfolg; dadurch wurde ich genöthigt, nach *Péan* die Pincetten bis zum Ende der Operation hängen zu lassen. Der antiseptische Occlusivverband konnte nur unvollständig gemacht werden wegen der Trachealcanule und den noch in grosser Zahl hängenden Unterbindungspincetten. Die Nacht verging gut ohne Blutung. Am andern Tage zeigte ich die Kranke meinem Collegen Dr. *Albrecht*, der mir nach seinen bei *Péan* gesammelten Erfahrungen den Rath gab, keine neuen Unterbindungsversuche zu machen.[1]) Ich habe diesen Rath befolgt; es stellte sich aber bald eine ausgiebige jauchige Eiterung ein, Infectionssymptome zeigten sich darnach; die

[1]) Für weitere Details siehe meinen Spitalbericht von 1881.



Patientin starb am 3. Juni, ohne dass es möglich gewesen wäre die genaue Todesursache zu bestimmen. Bei der Autopsie waren die Erscheinungen des Lufteintrittes in den Kreislauf deutlich erkennbar, nur ist die Eintrittspforte derselben unmöglich anatomisch zu bestimmen gewesen.

8) Thyroiditis suppurat. lobii medii et sinistri. Julie Giroud stellte sich im Spital am 28. August 1881 vor. Die junge 24jährige Frau, seit drei Monaten verheirathet, litt nach ihrer Angabe an acuter Entzündung der Thyroïdea; die zu eitern beginnende Geschwulst wurde von zwei Collegen tollkühn einfach während der Sprechstunde incisirt; dieselben können von Glück sagen, dass die Kranke nicht sofort einer tödtlichen Blutung erlag. Die Patientin besitzt eine Fistel auf der Höhe der Cartil. thyroïdea und eine am Jugulum; links fühlt man einen Tumor von der Grösse einer Faust, der sich bis zum M. stern.-cleid.-mast. erstreckt; beim Einführen einer elastischen Sonde durch die untere Fistel constatirt man, dass dieselbe eine Länge von 9 ctm. hat; in die obere Fistel eingeführt, stösst sie sofort auf den Knorpel. Exstirpation am 29. August des mittleren und Seiten- (links) Lappen der Schilddrüse. Geheilt den 15. September entlassen.

9) Cécile Borel, 19 Jahre alt, Fabrikarbeiterin in Neuchâtel, Cystenkropf des mittleren Lappens; Spitaleintritt am 4. Januar 1882, operirt am 6.; geheilt ausgetreten am 7. Februar, also nach 34 Tagen. Günstiges Resultat.

10) Struma carcinomatosa. Samuel Berner, 55 Jahre alt, ist von einem grossen, die vordere Hälfte des Halses einnehmenden knolligen Kropf behaftet, der sich binnen wenigen Monaten entwickelt hat und der ihm grosse Dysphagie verursacht. Der Kranke ist sehr heruntergekommen, Schlingact beinahe unmöglich, dagegen der Athem wenig gestört. Operation 22. August 1879. Wie die Geschwulst, die eine einzige Masse bildete, zum grössten Theil schon abgelöst war, wurde die Ligatur der von Tumor gegriffenen Vena jugularis comm. in der Nähe des Bulbus nöthig. Ich führte sorgfältig den Faden darunter, mein Assistent aber, aus übergrossem Eifer, zog den Faden heftig zu und die hiedurch bewirkte Venenzerreissung hatte durch Eintritt der Luft den augenblicklichen Tod zur Folge. Die sofortige Tracheotomie wie alle sonstigen Belebungsversuche blieben ohne Erfolg. Die DD. *Hercod* und *Möbus* wohnten der Operation bei.

Sämmtliche bei der Operation anwesenden Personen haben das charakterische „Glu glu" beim Eintritt der Luft in die Vene gehört. Im Fall 7 dagegen ist nichts derartiges beobachtet worden, und habe ich nur dann Kenntniss von dem Geschehenen gehabt als die Patientin, die nicht chloroformirt war (wegen Herzleiden), plötzlich aufstand mit cyanotischem Gesicht und rief „ich ersticke"; bei den starken Athembewegungen, die die Unglückliche machte um Luft zu schnappen, bekam sie einen Hustenreiz, der aus einer Vene eine rothe traubenförmige Anhäufung von Luftblasen auf der rechten Seite des Halses ausstiess, in Folge dessen hörte der Erstickungsanfall auf; bei einem weiteren Lufteintritt musste dann die Tracheotomie gemacht werden.

11) Ein weiterer Fall von krebsigem Kropf wurde am 9. August 1880 operirt Julie Richard, 65 Jahre alt; hier aber war die venöse Blutung von vornherein so bedeutend, dass ich die Operation aufgeben musste, um nicht einen sofortigen Todesfall durch Blutung herbeizuführen; Patientien starb sechs Monate später marantisch.

Wenn ich mir, wie ich oben erwähnte, erlaubt habe, diese Beobachtungen dem medicinischen Publikum vorzuführen, so ist es weil ich gedacht, dass dieselben für die Kropfstatistik von Werth seien, und bitte den Leser, diesem Umstand Rechnung zu tragen und diese wenigen Zeilen nicht höher zu schätzen als sie werth sind. [1])

Neuchâtel, 21. April 1881.

---

[1]) Seitdem vorliegender Artikel der Red. zugesandt worden war, sind zwei weitere Fälle der Statistik anzureihen.

12) Maurice Brocco, 20 Jahre alt, Tessiner, ist von einem faustgrossen, harten, wenig beweglichen und schmerzhaften Kropf befallen; mehrere Behandlungen ohne Erfolg. Spitaleintritt 17. April, operirt 2. Mai mit der gefälligen Assistenz des Collegen Dr. *Albrecht*. — Operation schwierig wegen



Purpura hæmorrhagica.

Vortrag, gehalten im Vereine der Aerzte der Centralschweiz
von **A. Bossart** (Hochdorf).

Der Wunsch unseres verehrten Herrn Präsidenten, sowie die Seltenheit des Falles bestimmten mich, Ihnen heute meine Notizen vorzulegen über den in einem Sodbrunnen verschüttet gewesenen Xaver Mattmann von Ballwyl.

Es ist Ihnen wahrscheinlich allen noch aus den Zeitungen bekannt, dass am 25. Februar 1881 Xaver Mattmann, 27 Jahre alt, durch volle 96 Stunden in einer Tiefe von über 100 Fuss begraben war, indem er durch den Einsturz der fertigen Ausmauerung eines Sodbrunnens verschüttet wurde gerade in dem Moment, als er unten über dem 2 Fuss tiefen Wasserspiegel in einem Seile stehend noch beschäftigt war. — Die ganze Ausmauerung bestand aus runden Geröllsteinen und der Sodbrunnen selbst war in seiner ganzen Tiefe durch eine gleichmässig geschichtete Geröllmasse (Grien u. dergl.) ausgegraben. In der Nähe der Ausgrabungsstelle, dem Niveau des Wasserspiegels entsprechend, liegen einige mehrere Fuss mächtige Torflager, die sehr wahrscheinlich die Speisung sämmtlicher Sodbrunnen am Orte vermitteln.

Nach späterer häufiger Rücksprache über den Moment der Katastophe konnte man fast unglaublicher Weise vom Verunglückten immer vernehmen, dass der erste psychische Eindruck ein ganz unbedeutender war. — Ausser plötzlicher Athemnoth, verspürte er keine Verletzungen und klammerte sich schnell an die Hoffnung baldiger Befreiung. Die ihn überall drückenden Steine machten ihm auch die geringste Bewegung unmöglich, allein hermetisch war er doch nicht abgeschlossen, indem er hörte, was über ihm vorging und am ersten Tag die Zeit nach der Ankunft des Postwagens bestimmte. Am schnellsten gingen ihm der Tast- und Gefühlsinn verloren. Es stellte sich Kopfschmerz ein, vorübergehende Besinnungslosigkeit und häufiges Traumleben. Ueber Urinabgang, Defäcation und Erbrechen konnte er sich nicht entsinnen, obwohl nach Besichtigung seiner Kleider reichliches Erbrechen stattgefunden und mit Urin und Fäcalmassen seine Beinkleider verunreinigt waren. Ueber das Verhalten des Verschütteten etwa 24 Stunden vor seiner Ausgrabung widersprechen sich seine Angaben und auf die Mittheilung der Arbeiter konnte kein Gewicht gelegt werden. Soviel war sicher, dass er auf lautes Anrufen keine oder verwirrte Antworten gab mit einer so tonlosen Stimme, dass die Arbeiter glaubten, dass er am Sterben sei. Als die Steine um seinen Kopf und Hals entfernt waren, war anfänglich jede Kopfbewegung unmöglich, der

---

ausgedehnten Adhäsionen, Dauer über 4 Stunden. Carbolverband, Drainage; Heilung per primam; entlassen 23. Mai.

13) Marie Riesen, 16 Jahre alt, aus Bern, Retrosternalkropf, Erweichungscysten; hier wurde die Operation ebenfalls vorgenommen, nachdem die Patientin vergeblich alle möglichen Behandlungen versucht hatte. Tritt am 12. Juni in's Spital ein; operirt am 14. Juni; während der Operation rutscht der mittlere Lappen zweimal hinter das Sternum und bewirkt dadurch beängstigende Erstickungsanfälle; um dies weiters zu vermeiden, muss College Dr. *de Montmollin* ziemlich lange den Kropf fixiren, bis der Lappen nach oben umgestülpt werden konnte. Patientin hat nie gefiebert. Heilung per primam. — Patientin ist heute (24. Juni) noch zur weiteren Erholung im Spital. — Die durch die Entfernung des mittleren Lappens entstandene Lücke, hat hinter dem Sternum ungefähr die Tiefe des Zeigefingers. Dr. *F. B.*



Gesichts- und Gehörsinn war erhalten, allein das Gesicht war empfindungslos und der dargereichte Glühwein lief wieder zu den Lippen hinaus. Bis zur vollständigen Ausgrabung aus der Steinmasse ging es jetzt noch mehrere Stunden, da die primitiven Einrichtungen für das Heraufziehen der Steine sehr viel Zeit in Anspruch nahmen. Indessen erholte sich der Verunglückte doch sichtlich. Er erkannte die Arbeiter, er fing an, den Wein zu schlucken, musste ihn aber häufig wieder erbrechen. In recht kurzer Zeit nahm der Gefühl- und Tastsinn seine normalen Functionen wieder auf. Als der Verunglückte aus den Steinen befreit war, konnte er sich selbst wenig helfen, er musste allseitig gehalten und getragen werden und das Heraufziehen ging mühe- und langsam.

Gereinigt und in's Bett getragen ergab der Untersuch Folgendes:

Patient erkennt die Umgebung, sein Sensorium ist frei, Schmerzensangaben keine. Kein Hunger- und Durstgefühl. Das ganze Gesicht aschgrau verfärbt, eisig kalt, Nasenflügel und Wangen eingesunken. Schleimhaut der Augen und des Mundes blass. Zunge mit dichtem gelblich weissem Belag. Gesichtsausdruck entstellt, Patient fast unkenntlich. Pupillen klein. An verschiedenen Stellen leichte Excoriationen. Halsgegend unverletzt. Hautcolorit grau. Respiration verlangsamt, oberflächlicher Athem. Herzschlag nicht sichtbar. Unter der aufgelegten Hand fühlt man über der Herzgegend ein leichtes Unduliren. Unbedeutende Hautverletzungen. Bauch tympanitisch aufgetrieben, Blase leer. Im Hypo- und Epigastrium blutunterlaufene Stellen. Hautrisse und eingetrocknetes Blut über beiden Hüftbeinkämmen. Hautsensibilität vermindert. Brust warm, Bauchgegend kalt. Auf beiden Unterschenkeln ist die Empfindung total aufgehoben. Rechter Fuss in Klumpfussstellung, ist leicht in normale Stellung zu bringen, fällt aber, sich selbst überlassen, einwärts. Eine tiefe Einfurchungsstelle bezeichnet die Schlinge in der der Fuss beim Einsturz gestanden. Vom Knie abwärts starkes Oedem der etwas macerirten eisig kalt anzufühlenden Haut. Auf beiden Schenkeln zahlreiche Excoriationen und Ecchymosen. Zwischen diesen auf der ganzen Hautfläche mit Einschluss des Bauches zahlreiche blutrothe hirskorn- bis haselnussgrosse isolirt stehende scharf abgegrenzte Blutpuncte, kurz das clinische Bild einer Purpura hæmorrhagica. Alle diese Blutpunkte zeichnen sich vor den Ecchymosen durch ein helleres Colorit aus, sind daher entschieden jüngeren Datums und verdanken ihr Entstehen sehr wahrscheinlich einer andern Ursache.

Beide obern Extremitäten sind mässig angeschwollen. Ueberall besonders an den Händen finden sich zahllose Verletzungen. Handrücken und einzelne Finger total empfindungslos. Der rechte Arm kann mit Mühe, der linke gar nicht gehoben werden.

Ueber dem rechten Schulterbein sowie in der Kreuzbeingegend tiefe Hautwunden die bis in die Muskelpartien reichen.

Während dieser in Eile unternommenen Untersuchung zeigt Patient grosse Schläfrigkeit und schläft nach Genuss von Bouillon ruhig ein.

Zur Vervollständigung der Untersuchung wird nach einigen Stunden die Temperatur gemessen und ergibt 39,5 C. Der willkürlich gelassene normal aussehende Harn ergibt einen hohen Eiweissgehalt. Ich will Ihnen, meine Herren, nicht den ganzen Krankheitsverlauf erzählen, sondern nur summarisch bemerken, dass sich sein Sensorium schnell besserte, dass die graue Verfärbung des Hautcolorits nach einer Woche schwand, dass die Purpura abblasste, einige Ecchymosen zur Resorption gelangten, allein doch recht viele blutunterlaufene Stellen eitrig zerfielen und Druckgangrän sich an vielen Orten einstellte, wo man sie gar nicht vermuthete. Ueber dem Kreuzbein fiel eine grosse Haut- und Muskelpartie dem gangränosen Zerfall anheim. Eine Knochenpartie exfoliirte sich hier und es ging über ein halbes Jahr bis diese Stelle zur Ausheilung kam. Auch einzelne gelähmte Muskeln bedurften einen Zeitraum von $^{3}/_{4}$ Jahren bis zur normalen Function. Patient fieberte mehrere Wochen, der Eiweissgehalt des Harns dauerte ebenfalls lange und als eine von Anfang bestehende capilläre Bronchitis allmählich eine günstigere Prognose zuliess, kam es nach einem Vierteljahr zu einem acuten pleuritischen Exsudat, das im Spital zu Luzern zu sorgfältiger Behandlung kam.

Fragen wir uns, m. H.: „Was hat dieser Fall denn so Auffälliges?“ so werden wir nach einer Erklärung suchen müssen erstlich der anfänglich grauen Verfärbung des Hautcolorits und zweitens der Purpura hæmorrhagica. Alle andern Erscheinungen sind durch die Aetiologie des Falles erklärt.

Im Handbuch von *Hebra* und *Caposi* steht beim Kapitel der Aetiologie von Purpura hæmorrhagica folgendes: „Die eigentlichen veranlassenden Momente der Purpura hæmorrhagica sind uns vollkommen unbekannt. Es wird allerdings angegeben, dass sie sich unter Verhältnissen entwickle, unter denen der Scorbut aufzutreten pflegt, allein erweisen lassen sich diese Angaben nicht. Eine mechanische Entstehungsursache konnte bis jetzt nicht nachgewiesen werden.“ — Für unsern Fall, m. H., wäre die mechanische Entstehungsursache eine naheliegende und zutreffende. Wir könnten uns vorstellen, dass die eng anliegenden Steine, die zudem alle eine rundliche Form hatten, die Arterien nach Art eines Tourniquet hätten comprimiren können und so bei veränderten Spannungsverhältnissen der Gefässwände und verändertem Blutdruck es zur Bildung von Purpura hæmorrhagica hätte kommen können — allein mit dieser Auffassung ist das physiologische Experiment im Widerspruch. Wir wissen aus der Physiologie, dass bei Compression eines Arterienrohres die Sensibilität der vom Gefäss versorgten Partie bald ganz bedeutend herabgesetzt wird, dass bald Gefühl- und Schmerzlosigkeit des Theiles eintritt, wie es ja auch bei unserm Patienten der Fall war, allein bei all diesen Experimenten kam es, so viel mir bekannt, nie zu Ruptur gesunder Gefässwände oder zum Austritt der rothen Blutscheiben durch das Gefässrohr. Prof. *Worms-Müller*, der diessbezügliche Experimente anstellte, sagt geradezu, dass weder durch Druck noch durch plötzliche Entlastung gesunde Arterien gesprengt werden können, denn es existiere ein regulirendes Gefässnervencentrum, vermöge dessen die Gefässe sich schnell jeder Füllung, also auch derjenigen, welche durch Druck ausserhalb bedingt wird, anzupassen vermögen. Nur schwer erkrankte Gefässwände, sei es durch Arrosion oder atheromatöse Entartung und ulcerative Erweichung durch umspülenden Eiter können Ruptur der Gefässwand bedingen.

Wir müssen sonach für unsern Fall das mechanische Moment als Erklärungsgrund der Purpura fallen lassen und uns nach einem andern umsehen. Hier wird uns ein Umstand nahe gelegt, ich meine der lange Aufenthalt unseres Patienten in einer verdorbenen Luft. Der Untersuch der Bodenluft hat in neuerer Zeit dem Arzte vieles früher Unerklärliches erklärlich gemacht. Wir wissen, dass auch unter dem Boden das Leben nicht stille steht und dass gerade in unserm Fall die dem Sodbrunnen nahe gelegenen Torflager nichts anderes als die Producte sind, entstanden aus der Zersetzung abgestorbener Pflanzen und Thiere. Gerade von dieser Luft wissen wir, dass sie vor allem eine recht kohlensäurereiche ist. Dr. *L. von Lesser* schreibt in seinen Vorlesungen über lebensrettende Operationen, dass beim Menschen, so lange das Blut eine genügende Menge Sauerstoff aus kohlensäurereichen Luftgemengen beziehen kann, keine merkbaren Veränderungen eintreten, es kommt zu keinen Muskelkrämpfen, zu keiner Unruhe, der Vergiftete fühlt sich nicht besonders krank, allein der Ueberschuss der Kohlensäure in diesen Gemengen bedingt eine Anhäufung von CO^2 im Organismus, die auf die Dauer einen Sauerstoffmangel



der rothen Blutscheiben bedingt, die als Symptom zur Folge hat das Erbrechen, der Schwindel, die Schläfrigkeit und die scorbutischen Erscheinungen. Alles dieses passt haarscharf auf unsern Fall und wir müssen hienach den Sauerstoffmangel der rothen Blutscheiben bedingt durch den Aufenthalt in einer zur Athmung ungeeigneten Luftqualität als ætiologisches Moment für das Zustandekommen der Purpura hæmorrhagica unseres Falles annehmen.

Etwas schwieriger hält es, den Grund der grauen Hautverfärbung bei unserm Patienten zu finden. Schon von meinem Lehrer Prof. *Griesinger* wurde eine Krankheitsgruppe näher präcisirt und unter dem Namen „Mineurkrankheit“ beschrieben. Die Erkrankungen der Arbeiter am Gotthardtunnel veranlassten zu Studien nach dieser Richtung. Eine Abhandlung unseres verehrten Centralpräsidenten Dr. *Sonderegger* ist uns Allen bekannt. Dr. *Hans Fröhlich* hat darüber eine Arbeit geliefert und schon zwei bestimmte Formen dieser Krankheit auseinandergehalten. Ohne grossen Zwang liesse sich unser Fall in jene Krankheitsgruppe einreihen, wo neben grauer Hautverfärbung constant ein grosser Eiweissgehalt des Urins vorkommt, sowie Blutextravasate der Purpura ähnliche Formen unter der Haut.

Noch einige Worte über die bestandenen Lähmungen. Wir wissen alle aus der Praxis, dass gedrückte Nerven oft recht langsam wieder ihre Functionen aufnehmen. Allein als nach ¾ Jahren die Gebrauchsfähigkeit der Hände und Füsse noch nicht vollständig hergestellt war, zweifelten viele der Herren Collegen, denen ich den Fall vorstellte, an einer definitiven Heilung nach dieser Richtung, und doch ist diese in den letzten Wochen zu Stande gekommen, so dass Patient wieder schwere und leichte Handarbeiten verrichtet und im Ganzen keine Störungen mehr merken lässt. Der Fall zeigt uns wieder deutlich, wie vorsichtig man mit der Prognose dieser Art Lähmungen sein muss und wie beherzigenswerth die Worte *Strohmeyer*'s sind, wenn er schreibt „man solle mit gedrückten Nerven Geduld haben und die Geduld lange, lange nicht verlieren.“ So habe ich denn in den letzten Tagen den Patienten aus meiner Behandlung entlassen, mit der angenehmen Hoffnung, dass sein noch bestehender Lungencatarrh zu keiner weitern Besorgniss Anlass geben wird.

Einige Wochen später kam Patient mit den ausgesprochensten Erscheinungen der Lungentuberculose wieder in meine Behandlung, und Temperaturen von 40 bis 41° C. führten in wenigen Tagen zu seiner Auflösung, der Zeit nach gerade ein Jahr nach seiner Verschüttung. Das pleuritische Exsudat und der chronische Lungencatarrh haben wohl bei der allgemeinen Dyscrasie das ætiologische Moment zu der acuten Infiltration der Lungen gebildet.

Vereinsberichte.

XXV. Versammlung des ärztlichen Centralvereins in Zürich

Freitag, den 26. Mai, Abends und Samstag, den 27. Mai 1882.

Präsident: Dr. *Sonderegger*. Schriftführer ad hoc: Dr. *E. Haffter*.

(Fortsetzung.)

Herr Prof. *Klebs*, den wir neuerdings wieder zu den Unsrigen zählen dürfen, demonstrirte einen Fall von Schussverletzung der Bauchhöhle mit



Verletzung von Gallenblase und Darm, welcher einiges Licht über die Wege zu verbreiten im Stande ist, welche die Geschosse daselbst nehmen können. Namentlich schien derselbe geeignet, die Frage der Conturschüsse in der Peritonealhöhle zu beantworten. Die hohe Sterblichkeit (u. A. im Karlsruher Bahnhoflazareth 1870/71 nach *Socin* 73%) fordert dazu auf, solche Fälle, welche in dieser Beziehung Aufschluss geben können, zu sammeln; die Verletzung Garfield's, sowie ein Fall von *Socin-Klebs* (M. Fille) beweisen, wie bedeutende Abweichungen von der ursprünglichen Geschossrichtung hier eintreten können.

Der vorliegende, an Präparaten demonstrirte Fall, betrifft eine Verletzung des Abdomens durch einen Revolverschuss, welcher, von unten her abgefeuert, den Verletzten etwas unterhalb des Nabels und rechts von demselben traf. Das Geschoss bildete zunächst einen schräg nach oben und rechts die Bauchdecken durchsetzenden Schusscanal, welcher mit der Medianlinie einen nach oben offenen, ungefähr 30° bildenden Winkel machte. Die äussere Wundöffnung war durch Ulceration vergrössert und begann an dem obern Ende des dadurch gebildeten länglich ovalen Defects der enge, aber noch offene Schusscanal, aus welchem sich bei leichtem Drucke eine trübe, gelblich-gallig gefärbte Flüssigkeit entleerte. An der Peritonealfläche fanden sich 2 Substanzverluste, der untere länglich oval, der obere dreieckig, mit der Basis nach unten, welche von einer Gewebsbrücke getrennt wurden, innerhalb deren sich die zum Theil verschlossene Fortsetzung des Schusscanals verfolgen liess. Demgemäss hatte das Geschoss schon in den Bauchdecken eine Abweichung von seiner Richtung erfahren und an 2 Stellen Necrose des peritonealen und subperitonealen Gewebes herbeigeführt und musste endlich unter sehr spitzem Winkel (an der Spitze des dreieckigen Defectes) in die Peritonealhöhle eingedrungen sein.

Betrachten wir nun die Veränderungen in dieser letztern, so fand sich zunächst eine grosse, mit gelblich-galligem Eiter gefüllte Höhle, welche nach links hin bis gegen die Wirbelsäule reichte und hier durch die locker verklebten Därme abgeschlossen wurde, nach vorn und zur Seite von der Bauchwand, nach oben von der hochstehenden Leber begrenzt wurde. Ausser der erwähnten, gallig gefärbten Flüssigkeit enthielt diese Höhle noch reichliche Gasmengen von durchaus geruchloser Beschaffenheit; ihre Wandungen waren, mit Ausnahme der erwähnten und noch zu erwähnenden Verletzungsstellen vollkommen glatt, nur stellenweise mit locker anhaftenden Niederschlägen aus dem Inhalt belegt.

Ich hebe diesen Umstand, namentlich die Abwesenheit von ulcerösen Zerstörungen an der peritonealen Fläche, welche der Einwirkung eines Gemisches von Darminhalt und Galle ausgesetzt waren, besonders hervor, da die hiedurch erhärtete Thatsache der desinficirenden Wirkung der Galle nicht besser illustrirt werden kann und in grellem Widerspruch steht mit den Erscheinungen einer gewöhnlichen Perforationsperitonitis, die sich bekanntlich durch ihren gewöhnlich äusserst rapiden Verlauf und die Heftigkeit der Symptome auszeichnet, während hier das völlige Gegentheil beobachtet wurde, vielmehr Patient mit weit offener Darmschusswunde Wochen lang lebte (ich verweise auf den Bericht von Herrn Prof. *Krönlein*).

Die Abwesenheit von Ulcerationen am Peritoneum ist aber auch deshalb von

Wichtigkeit zu betonen, weil dieser Umstand uns gestattete, trotz des langen Verlaufs des Krankheitsprocesses die Geschosswirkung und -richtung genau festzustellen. Als ich, bevor noch der abgesackte Theil der Peritonealhöhle völlig von seinem Inhalt befreit war, mit dem Finger die Wandungen der Höhle untersuchte, um wo möglich die Stelle zu finden, an welcher das Geschoss die hintere Bauchwand verletzt hätte, traf ich auf einen härtlichen, der Wandung fest eingelagerten Körper, den man, nach dem Gefühl zu urtheilen, für das Geschoss selbst halten konnte. Indess erwies sich derselbe, nach der Entleerung der Flüssigkeit und vollständiger Zugänglichmachung der Stelle als das Ende der 11. Rippe, von welchem der kleine Knorpelfortsatz sammt Periost abgelöst war und welches daher völlig überdeckt aus einer höchstens 5 mm. langen Verletzung des Peritoneums frei hervorragte. Es konnte keinen Augenblick zweifelhaft sein, dass diese Verletzung eine directe Wirkung des Geschosses sei. Aus der Stelle, an welcher sie stattgefunden, aber ergab sich, dass das Geschoss nicht in gerader Linie zu derselben gelangt sein konnte, sondern die dazwischen liegenden Theile (Cœcum und Dünndarm) umgangen haben musste. Man kann nur annehmen, dass es zwischen den wie ein elastisches Polster wirkenden Därmen und der Bauchwand in einer Richtung fortgeglitten sei, welche von der Verletzung der Bauchwand zum Ende der 11. Rippe bogenförmig aufsteigt, also einen wahren Conturschuss darstellt. [1])

Noch merkwürdiger gestaltet sich der weitere Verlauf des Schusses. An der hintern Bauchwand, wo man dieselbe zu finden erwartete, war nichts ausser der erwähnten Verletzung der 11. Rippe nachzuweisen und diese bildete nicht den Anfang eines Schusscanals in den Weichtheilen; dagegen machte schon die Beschaffenheit des Eiters in dem abgesackten Theil der Peritonealhöhle, seine gallige Färbung eine Verletzung der Gallenblase wahrscheinlich, auf welche sich nunmehr die Aufmerksamkeit richten musste. In der That fand sich dieselbe genau an der Spitze der collabirten Blase in Gestalt einer glattrandigen, runden Oeffnung von ca. 3 mm. Durchmesser; die Blase selbst war völlig zusammen gefallen und lag der untern Leberfläche enge an. Die runde Gestalt der Verletzung liess zuerst daran denken, dass es sich hier um eine directe Perforation der Blasenwand durch das Geschoss handeln könne, allein es war, wie man leicht und sicher gerade hier constatiren konnte, keine Spur einer weitern Verletzung vorhanden; es musste sich demnach um eine tangentiale Wirkung des Geschosses, einen Streifschuss, handeln.

Die scharfen Ränder des eben genannten Defects nöthigten zur Annahme einer noch immer bedeutenden Geschwindigkeit und Propulsionskraft des Geschosses, es mussten sich deshalb noch weitere Verletzungen vorfinden. Erst nach einigem Suchen fand sich eine einzige solche, wiederum in Gestalt einer runden, scharfrandigen Oeffnung im obern Theile des Colon ascendens, welches durch die abgesackten Eitermassen aber weit nach innen und unten, von der Leber abgedrängt

[1]) Bei Drehungen des Körpers in der Lendenwirbelsäule von rechts nach links werden die beiden Puncte allerdings einander genähert, die Krümmung des Bogens nimmt aber hiebei zu, während sich die Sehne verkürzt.



war. Dieselbe befand sich auf der äussern, beziehungsweise obern Fläche der Flexura hepatica in der Nähe der Anheftungsstelle des Darms. Aeusserlich war das Mesocolon daselbst in etwas grösserer Ausdehnung ulcerös zerstört, eingedickte Eitermassen füllten die kleine Vertiefung aus, von welcher nach abwärts (in der Richtung des Darms) ein Canal zu der Oeffnung in der Darmwand selbst führte. Die völlig runde Gestalt derselben, die fehlende Verdünnung der Ränder liessen eine ulceröse Perforation, an die man ja auch hätte denken können, ausschliessen, und sprachen vielmehr diese Verhältnisse für eine directe Geschosswirkung, um so mehr, als keine andere Verletzung des Darms nachgewiesen werden konnte. Somit war hier die Austrittsstelle des Geschosses gefunden, welches, vielleicht durch Inhaltsmassen des Darms gehemmt, nunmehr nicht Kraft genug besessen hatte, eine nochmalige Perforation der Darmwand zu bewirken, sondern im Darmlumen liegen blieb und mit den Darmentleerungen entfernt wurde.

Somit können wir nunmehr eine Vorstellung von dem weitern Verlauf des Geschosses in der Bauchhöhle gewinnen: von der Spitze der 11. Rippe abgelenkt, wandte sich dasselbe zwischen der Unterfläche der Leber und dem Colon nach vorn, innen und etwas aufwärts, mit der Anfangsrichtung etwa den dritten Theil bis zur Hälfte eines rechten Winkels bildend, streifte und verletzte die nicht sehr gefüllte Gallenblase an ihrer Spitze und drang in schräger Richtung zur Längsachse des Darms in das kurze Mesocolon desselben ein und perforirte zum Schluss die Darmwand selbst. Die schräge Richtung dieses Theiles des Schusscanals erklärt es, weshalb die Perforation des Dickdarms nicht jene rasch tödtlichen Folgen nach sich zog, welche bei einer Perforation des freien Theils der Darmwand wohl unfehlbar früher eingetreten wären, wo hingegen Patient die Verletzung mehrere Wochen überlebte. Vielleicht auch darf dem beständigen Zufluss von Galle in das Peritoneum ein günstiger Einfluss zugeschrieben werden. Andererseits freilich ist auch nicht zu leugnen, dass durch die noch völlig klaffende Oeffnung in der Darmschleimhaut, wenn auch grössere Partikel des Darminhalts in Folge der Verlegung des äussern Theils des Darmschusses nicht in die Bauchhöhle gelangen konnten, doch die so reichlich im Darminhalt vorhandenen niedern Organismen in die Bauchhöhle gelangen und hier den Eiterungsprocess unterhalten mussten.

Betrachtet man das Resultat dieser Untersuchung, so ergeben sich folgende bemerkenswerthe Verhältnisse bezüglich der Schussverletzungen des Peritoneums und seines Inhalts.

1) Ist die Möglichkeit eines Conturschusses bei sehr schräger Perforation der Bauchwand erwiesen und dürfte für das Zustandekommen eines solchen, abgesehen von der Höhe der Propulsionskraft des Geschosses, die jedenfalls in Betracht kommt, die elastische Beschaffenheit der mit Luft gefüllten Därme von besonderer Bedeutung sein.

2) Ergibt sich die Möglichkeit einer Ablenkung des Geschosses an Knochenflächen, für welche die federnde Beschaffenheit des Endes der 11. Rippe ganz besonders günstige Bedingungen darbietet, so dass in diesem Falle die Schussrichtung vor und nach der Ablenkung einen Winkel von weniger als einem halben rechten bildete. (In dem Fall des americanischen Präsidenten Garfield dürfte wohl



auch das Geschoss, an einer Rippe abprallend, seinen Lauf der Medianebene zugewendet haben; ähnlich ist auch der Fall M. Fille, den *Socin* und *Klebs* in Karlsruhe beobachteten.)

3) Zeigt sich, dass ein Streifschuss eines mit Flüssigkeit gefüllten Hohlorgans, hier der Gallenblase, ganz ebenso runde und scharfrandige Oeffnungen bewirken könne, wie der directe Durchschuss der Wandung.

4) Ist hervorzuheben, dass auch unter den günstigen Verhältnissen des vorliegenden Falls (mangelnder Austritt grösserer Massen von Darminhalt) eine Spontanheilung solcher Verletzungen der Darmwand und Gallenblase nicht zu erwarten ist, wenn durch irgend einen Vorgang reichliche Mengen flüssigen Exsudats sich zwischen den Organen der Bauchhöhle ablagern und die unmittelbare Aneinanderlagerung derselben aufheben; wogegen sehr schräge Perforationen der Darmwand, welche keinen Austritt von Secreten oder andern Inhaltsmassen gestattet, sehr günstige Resultate ergeben, wie der Fall Helsber (*Klebs* und *Socin*, Beobachtungen im Karlsruher Bahnhoflazareth) zeigt, in dem eine doppelte Perforation des Magens ohne weitere Folgen vollständig geheilt war.

Die hohe Sterblichkeitsziffer der Darmschusswunden (bei *Socin* über 73⁰/₀) lässt es als geboten erscheinen, auch die Ergebnisse anatomischer Untersuchung für die Frage der Behandlung zu verwerthen, und wenn dieses auch unter aller Reserve geschehen muss, so lassen sich doch aus den vorstehenden Mittheilungen einige Anhaltspuncte ableiten, theils betreffs der Richtung, in welcher die Verletzung verschiedener Organe stattfinden kann, theils auch betreffs der Gefahren, welche die Perforation der Hohlorgane unter gewissen, früher angeführten Umständen nach sich ziehen muss. Bei dem völligen Fehlen der Möglichkeit einer Spontanheilung mancher dieser Verletzungen (directe Perforation der Gallenblase, Darmwand, flüssiges Exsudat, welches die Aneinanderlagerung der Organe hindert), glaube ich in aller Bescheidenheit und in voller Würdigung der grossen Schwierigkeiten, welche die während des Lebens mangelhaftere Einsicht in die anatomischen Läsionen natürlicher Weise mit sich bringt, dennoch auf die Nothwendigkeit weiterer Eingriffe (Laparotomie, Drainage) hinweisen zu sollen, welche die Beseitigung von Verhältnissen sich zum Ziele setzen, die absolute Hindernisse der Heilung bilden.

Durch Herrn Prof. *Krönlein*, auf dessen Abtheilung der Verletzte lag, wird der Vortrag klinisch ergänzt.

Damit war der I. Act zu Ende und der Wissensdurst der anwesenden Söhne Aesculaps so weit gelöscht, dass man an die Stillung des andern denken konnte. — Während der Vorträge, die mit ungetheilter Aufmerksamkeit angehört wurden, hatte sich der Saal vollständig gefüllt; auch Papa *Sonderegger* mit der Section St. Gallen war eingetroffen.

Der II. Act wurde eingeleitet durch ein gemeinschaftliches Nachtessen, das die Aerzte Zürichs ihren Collegen freundlichst spendeten in der wohlthätigen Absicht, für die kommenden eventuellen Leistungen im Getränk einen soliden Boden zu legen.

Und nun kam die eigentliche Würze des Vorabends: es suchten, fanden und

gruppirten sich — durch das Band gemeinsamer Erinnerungen verknüpft — die Freunde, die sich lange nicht mehr gesehen hatten. Erfahrungen wurden an Erfahrungen getauscht. Der Gedanke drehte das Zeitrad um Jahre zurück; das Vergangene entstieg der Vergessenheit und frisch erstanden die längst begrabenen und mit den Sorgen der Praxis zugedeckten Thaten der Studentenjahre. Freund *Nager*, stimm' an! Er that's und alte Weisen brausten im Chore durch den Saal. Und wenn auch den Worten schon beim „zweiten Verse“ der Athem ausging und stets wieder zum unvergesslichen ersten zurückgekehrt wurde, so lebte doch die Melodie, das Gefühl noch in Aller Herzen. — Wie gewohnt, wurde es immer später, denn unser Planet rollte „eineweg“ seine Bahn im Weltall. Ach, wohl niemals kneipten die Horen!

Es war zur Zeit der Eröffnung des III. Actes durch einige gelungene Bierreden, als sich die Section Habis, zu der auch Schreiber dies gehörte, solide auf die Strümpfe machte und nach kurzem Aufenthalt am Buffet des Hôtels (Pst!) sich das Leintuch über die Ohren zog, um ungestört zu träumen von — den Schönheiten und Freuden des Vorabends und sich zu stärken für die Dinge, die andern Tags kommen sollten.

(Fortsetzung folgt.)

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

Sitzung vom 23. April 1881.

I. Herr *Hegetschweiler* trägt vor über: Antiseptische Behandlung der Mittelohreiterungen.

Nachdem der Vortr. die Nothwendigkeit antiseptischer Behandlung der in's Gebiet der Chirurgie schlagenden Krankheiten des Ohres betont, bespricht er die Möglichkeit der Durchführung derselben unter Berücksichtigung der durch die eigenthümliche Lage und den besondern Bau des Gehörorgans gebotenen Modificationen des Occlusiv-Verbandes. — Zur näheren Ausführung des auf die Otiatrie übertragenen *Lister*'schen Verfahrens übergehend, hebt V. als wichtigstes Moment für seine Durchführbarkeit die Wahl eines passenden Antisepticums hervor. Carbol- und Salicylsäure werden mit Vortheil zu vorübergehender Desinfection der Mittelohrräume in Anwendung gezogen, dürfen dagegen zu Folge ihrer reizenden Nebenwirkungen nicht in längeren Contact mit der Mittelohrschleimhaut gebracht werden, d. h. sie eignen sich zum Verbande nicht. Thymol scheint ohne besondere Wirkung zu sein. Die grössten Vortheile dagegen besitzt die von *Bezold* empfohlene Borsäure, welche bei allen Eigenschaften als gutes Antisepticum keine reizenden Nebenwirkungen entfaltet, indem sie concentrirt, d. h. als (fein verriebenes) Pulver in Anwendung gebracht werden kann. Der Vortr. schildert hierauf die mit der Borsäure durchgeführte Methode der antiseptischen Behandlung in der Otiatrie und erwähnt schliesslich die auf diese Weise von *Bezold* sowie von ihm selbst erzielten günstigen Resultate.

Discussion: 1) Herr *Fritzsche* bestätigt die guten Erfolge der Borbehandlung der Mittelohreiterungen. Hat ca. 50 Fälle beobachtet, die meisten geheilt. Ausnahmen bieten ganz kleine Kinder wohl auf Grund der anatomischen Verhältnisse

und ferner die eigentlichen Knocheneiterungen, wo immer im Hintergrund noch Fäulniss unterhalten wird.

2) Herr *W. v. Muralt* hat ebenfalls frappante Erfolge der Borsäureinsufflation beobachtet.

3) Herr *Haab* erinnert an eine Mittheilung von *Eberth*, dass das Ohrenschmalz zum grössten Theil aus Micrococcen bestehe. Es liegt somit auf der Hand, dass im Ohre nur die kräftigste Antisepsis ausreicht. Selbst das Durchfliessenlassen von 5 Liter ½% Carbollösung vertreibt den Geruch nicht immer ganz.

II. Herr *Lüning* demonstrirt einen Fall von geheilter complicirter Schädelfractur. Grosse Lappenwunde der Stirnhaut, Stückbruch des Stirnbeins in der Grösse eines halben Handtellers; gründliche antiseptische Reinigung, Drainage, Naht, *Lister*'scher Verband; Verlauf ohne Fieber, einige kleine corticale Necrosen gingen später noch ab. Das ganze grosse Bruchstück war vom Periost entblösst und hing nur noch mit der Dura zusammen, ferner war dasselbe nach links hin untergeschoben; ein Riss in der Schädelbasis zog sich nach links hin. Hirnerscheinungen traten nicht auf, nur unmittelbar nach dem Trauma war Pat. etwa 10 Minuten bewusstlos. Die Verletzung des Frontallappens macht bekanntlich wenig Erscheinungen, erst eine Verletzung bis zum Sprachcentrum hin löst sichere Symptome aus. Trepanirt wird überhaupt nicht mehr; elevirt wurde nicht, weil der Meissel hätte angewandt werden müssen und die Elevation nur cosmetischen Nutzen gehabt hätte. Der Fall ist ferner gerichtsärztlich sehr interessant. Pat. hat nämlich den Geruchsinn verloren, wahrscheinlich durch directe Quetschung des Bulbus olfactorius und der Geruchsnerven. Es ist das der 5. in der Literatur verzeichnete Fall von reiner Anosmie nach Schädelfractur. Die gerichtsärztliche Beurtheilung der Anosmie in diesen Fällen ist ein sehr subtiles Thema. Sehstörung war nicht vorhanden.

Discussion: Herr *Haab* glaubt, dass hier ein Fall vorliege, wo das Strychnin in Anwendung kommen sollte zur Heilung der Anosmie.

III. Herr *W. v. Muralt* demonstrirt das Präparat eines retropharyngealen Abscesses, entstanden durch Einhacken eines Haftens („Häftli“), welchen Pat. (Kind) verschluckte, in die hintere Pharynxwand. Das Corpus delicti hängt noch fest im Präparat. Pat. starb in Folge Durchbruchs des Abscesses in den Pleuraraum.

IV. Die Herren Apotheker *Schär* und *Weber* berichten schriftlich über eine Prüfung der in den Apotheken Zürichs verwendeten Präparate des Phenols, welche sie anlässlich der s. Z. im Anschluss an den Vortrag des Herrn *Cloëtta* über das Phenol stattgehabten Discussion vorgenommen haben.

Für die Prüfung waren die ziemlich strengen Anforderungen der Pharmacopœa Helvetica II — Schmelzpunct 33—40° C., Löslichkeit in 20 Theilen Wasser — maassgebend.

Von 20 Proben, welche im Verhältniss von 1 : 19 in kaltem dest. Wasser (ohne Filtration) gelöst wurden, ergaben

13 Proben vollkommen klare und bei längerem Stehen klarbleibende Lösungen,

3 Proben klare Lösungen, die nach einiger Zeit einen schwachen bräunlichen Niederschlag absetzten,

4 Proben eine mehr oder weniger trübe Lösung.

Bei zwei Proben zeigte sich eine schwach röthliche Färbung.

Hinsichtlich der Schmelzpuncte, welche ein wichtiges Criterium sowohl bezüglich Wassergehalts als Verunreinigung mit fremden Stoffen darstellen, zeigte sich (von 19 untersuchten Proben)

bei 12 ein innerhalb der Pharmacopoegrenze (33—40°) liegender Schmelzpunct und zwar

a) bei 5 unter der Mittelzahl 36,5° liegend,

b) bei 7 über der Mittelzahl 36,5° liegend.

Bei 7 Proben lag der Schmelzpunct etwas unterhalb der Grenze, resp. bei 6 Proben zwischen 30—33°, bei 1 Probe unter 30°.

Da in fraglicher Discussion die vorzüglichen Eigenschaften der englischen resp. *Calvert*'schen Carbolsäure besonders betont wurden und auch in weitern Kreisen noch acceptirt werden, so glaubten wir, auch diese Säure prüfen zu sollen und fanden bei einer Originalprobe derselben (beiliegend)

1) den Schmelzpunct an der untersten Grenze der Pharm. (32—33°) sich bewegend,

2) mit 19 Theilen Wasser eine unvollständige, von röthlicher harzartiger Ausscheidung begleitete Lösung (beiliegend).

Durch diesen Befund ist selbstverständlich die Qualität englischer Carbolsäure anderer Provenienz nicht präjudicirt.

Andrerseits fanden wir die als „Acid. carb. puriss." in den Handel kommende Carbolsäure einer bekannten deutschen Fabrik, deren Präparat auch in der Schweiz vielfach verwendet wird, mit einem Schmelzpunct von 38° und eine durchaus klare Lösung liefernd (Probe der Lösung beiliegend).

Aus dem Vorstehenden dürfte sich ergeben, dass die Mehrzahl der untersuchten Präparate den Anforderungen der Pharmacopœ vollständig entspricht.

Discussion: 1) Herr *Haab* verdankt die Untersuchung als Beweis guten Strebens seitens der Apotheker bestens, bemerkt aber, dass die vorgelegte Probe *Calvert*'scher Carbolsäure für das grosse Publicum und nicht für die Aerzte berechnet sei. Es sollten übrigens in Zukunft 38° C. die untere Grenze des Schmelzpunctes der Carbolsäure sein. Gutes Phenol ist in 14 Theilen Wasser löslich und hat 42° C. Schmelzpunct.

2) Herr *Bleuler* bemerkt, dass die *Calvert*'sche Carbolsäure in 3 Nummern verkauft werde.

Sitzung vom 7. Mai 1881.

I. Herr *Schulthess* beschreibt auf Grund eigener Beobachtung, unter Vorweisung von Zeichnungen und von microscopischen Präparaten den anatomischen Bau des Anchylostomum duodenale.

II. Herr *Kaufmann* demonstrirt 1) ein periostales Carcinom des rechten horizontalen Unterkieferastes nebst einem kleinen Carcinom der Unterlippe, welche er bei einem 52jährigen Manne exstirpirte. Bemerkenswerth ist, dass der als primärer aufzufassende letzte Tumor eine ganz geringe Grösse zeigt gegenüber dem mächtigen metastatischen Kiefertumor und sodann, dass die



Metastase sich nicht als eigentliche Drüsenmetastase entwickelt, wie es sonst beim Carcinom ja Regel ist.

2) Die rechte Mamma nebst Achseldrüsentumoren einer 48jährigen Frau. Das Alter der Pat. und die Beschaffenheit der Drüsen nebst der Entwicklung sprachen für Carcinom und *K.* diagnosticirte, da die Mamma ganz normal war, ein primäres Carcinom eines von der eigentlichen Mamma abgelösten äussern obern Drüsenlappens und secundärer Krebs der Axillardrüsen. Auch die Schwierigkeit der Auslösung der Drüsen schien noch bei der Operation für Krebs zu sprechen, hingegen zeigte schon ein Durchschnitt durch die erkrankten Drüsen, dass kein Krebs vorlag und die microscopische Diagnose (Herr Prof. *Ziegler*) lautet auf chronische Lymphadenitis mit Uebergang in Verkäsung, eine Affection, die gewiss selten zur Verwechslung spec. mit Drüsenkrebs Veranlassung gibt, zumal in der Axilla.

3) Eine wahre Hypertrophie der Mamma, die er bei einer 19jährigen Virgo exstirpirte. *K.* versuchte zunächst eine Schrumpfung der Brüste mit Papaïn (10% Lösung) herbeizuführen, allein trotzdem die Injectionen unter aseptischen Cautelen ausgeführt, trat als Folge multiple Abscedirung ein. Es theilt also auch das Papaïn trotz seiner Empfehlung besonders von französischen Autoren mit allen andern zu gleichem Zweck empfohlenen Mitteln die bedauernswerthe Eigenschaft, in Eiterung übergehende Entzündungen zu erregen.

III. Herr *Haab* hatte einen längern Vortrag über das Homatropin vorgesehen, beschränkt sich aber, angesichts der vorgerückten Zeit, darauf, in Kürze desselben in empfehlendem Sinne zu erwähnen. Das Homatropin lähmt und lindert ebenso rasch, wie das Atropin, es hat aber den Vortheil einer kürzern Wirkungsdauer; eine 1—1½% Lösung macht etwa 5stündige Mydriasis. Wichtig ist besonders, dass das Homatropin bei beginnendem Glaucom angewandt werden darf, ohne die Gefahr eines acuten Glaucomanfalles.

Discussion: Herr *W. v. Muralt* frägt, ob das Homatropin ebenso anästhesirend wirke, wie das Atropin?

Herr *Haab*: Das Homatropin soll bei leichten Verletzungen des Auges eine sehr gut narcotische Wirkung haben, ebenso bei nicht zu heftigen Entzündungen.

IV. Herr *Haab* schildert einen Fall von sehr gelungener Extraction eines Stahlsplitters aus dem Bulbus vermittelst eines Electromagneten.

V. Wahlen: Präsident: *Haab*, Vicepräsident und Quästor: *Egli-Sinclair*, Actuar: *H. Müller*.

Egli-Sinclair.

Referate und Kritiken.

Das Seeland der Westschweiz und die Correctionen seiner Gewässer.

Eine Denkschrift der Vorbereitungsgesellschaft der Juragewässercorrection zur Feier ihres 40. Stiftungstages gewidmet von Dr. *Joh. Rud. Schneider* sel. Bern, Krebs'sche Verlagsbuchh.

Dr. *Schneider* sel., allen Lesern des Corr.-Bl. ein alter, lieber Bekannter, schrieb in dieser Schrift nicht über Medicin und nicht für Mediciner und gleichwohl wird keiner Anstoss daran nehmen, dass diese Schrift des hochverdienten verstorbenen Collegen vor



diesem Forum gebührende Erwähnung finde. Dr. *Schneider*, den Mediciner und den Naturforscher als willkommene Unterstützung benützend, nimmt hier eine allgemeinere Basis ein, er erscheint uns hier als Patriot im weitesten und edelsten Sinne des Wortes, als Ideal eines Eidgenossen.

In Meyenried, dem idyllischen Dörfchen auf der Landzunge zwischen der unmittelbar unter demselben zusammenfliessenden Aare und Zihl geboren, hatte *Schneider* in seiner Jugend mehrfach Gelegenheit, die Catastrophen der Juragewässer in persönlichster Weise mitzuerleben. Spricht doch der Wurzelgräber auf dem Chasseral zu ihm (p. 2): „Rudi, wie war es dir und den Deinigen zu Muthe, als letztes Jahr (1816) die Gewässer der ausgetretenen Aare und Zihl bis in die Wohnzimmer deines väterlichen Hauses eindrangen und es immer und immer fort regnete, die Schleusen des Himmels und der Erde sich nicht schliessen wollten?"

Im Jahre 1833 finden wir *Schneider* (pag. 46) als Mitglied eines Vereines in Nidau, welcher als Vorläufer der Vorbereitungsgesellschaft der Juragewässercorrection Mittel und Wege suchte, die Nothwendigkeit und Möglichkeit, den aus den immer wiederkehrenden Ueberschwemmungen resultirenden Calamitäten zu begegnen, in möglichst weiten Kreisen zu verbreiten und klarzulegen und namentlich auch die 5 betheiligten Cantonsregierungen für die Idee zu interessiren, die schon seit der Mitte des 17. Jahrhunderts in den verschiedensten Varianten von Zeit zu Zeit aufgetauchten Pläne zur Correction auf einen rationellen Boden zu stellen.

In erster Linie war *Schneider* als Menschenfreund und Patriot engagirt; es sollte den Naturgewalten und ihren Verheerungen ein Damm gesetzt, der Cultur grosse Flächen fruchtbaren Landes zurückgegeben, zum Theil frisch gewonnen werden. Der Arzt *Schneider* hatte sein grosses medicinisches Interesse; an verschiedenen Stellen betont er die Wichtigkeit des Unternehmens vom hygieinischen Standpunct. In seiner meisterhaft durchgeführten, durch die genaue Berücksichtigung aller Gesichtspuncte und jeden Details imponirende Beschreibung des Seelandes als See-Ueberschwemmungs- und Entsumpfungsgebiet citirt er u. A. (pag. 38) aus Oberst *Koch*'s Bericht der Schwellencommission Bern 1816: In regnerischen Jahren bildete das grosse Moos einen grossen Sumpf und trat plötzlich Hitze und Trockenheit ein, so wurde es die Quelle ungesunder Ausdünstungen und epidemischer Krankheiten unter Menschen und Vieh. Nach *Schneider*'s persönlichen Mittheilungen soll durch die in dem letzten Decennium erreichten Erfolge der Entsumpfung der Gesundheitszustand der Anwohner des grossen Moos sich wesentlich verbessert haben.

Dem Naturforscher, Mineralogen und Geologen *Schneider* fiel es nicht allzu schwer, über die wirklichen Ursachen der Versumpfung des Seelandes ein richtiges Verständniss zu gewinnen. Von dem umfangreichen und vertieften Wissen als Natur- und Geschichtsforscher zeugt namentlich das 1. Heft, in welchem behandelt werden die vorhistorische Zeit: I. die Zeit der Molassebildung, II. das Seeland nach vollständigem Abschluss der Molassebildung, III. das Seeland unter der Gletscherdecke, IV. die Periode der Alluvialbildung, V. das Auftreten der ersten Menschen; und ferner die historische Zeit: VI. die Gewässer des Seelandes zur Römerzeit, VII. das Seeland eine Wüste und VIII. die Gewässer des Seelandes in den ersten drei Decennien des laufenden Jahrhunderts. Bewundernswerth ist, wie genau der vielbeschäftigte Arzt bis in seine allerletzten Lebensjahre den Entdeckungen der Geologie und den durch die Tieferlegung der Seespiegel aufgedeckten Funde aus den Pfahlbauten gefolgt ist.

Von den verschiedenen Correctionsprojecten, welche von 1833—1838 über die Bühne gingen, mögen ihrer Grossartigkeit wegen zwei hier erwähnt werden, die in unserem eisenbahnlichen Zeitalter längst vergessen sind. Durch internationale Vereinigung der Kräfte sollte der Neuenburgersee in den Genfersee abgegraben und die Rhone bis nach Lyon schiffbar gemacht werden. Dieses Unternehmen ergänzend sollte das zweite den Rhein durch den Neckar mit der Donau verbinden und Zihl und Aare bis zum Rhein der Schifffahrt dienstbar gemacht werden. Die Herstellung der grossartigsten internationalen Wasserstrasse würde nebenbei die angestrebte Entsumpfung des Seelandes vollauf besorgt haben.

Im Jahre 1838 constituirte sich die eigentliche Vorbereitungsgesellschaft für die Correction der Juragewässer, deren Präsident und geistiger Träger Dr. *Schneider* trotz aller,

oft unüberwindlich erschienenen, zum Theil aus den politischen Constellationen im Canton Bern, namentlich aber aus dem Mangel an Gemeinsinn von Seite der Cantonsregierungen von Freiburg und Waadt hervorgegangenen Schwierigkeiten durch 30 Jahre unentwegt treu geblieben ist, bis am 2. Februar 1868 entgegen lebhaften Agitationen, von Seite hochgestellter Gegner des Projectes das Waadtländer Volk durch glänzende Abstimmung das Unternehmen gesichert hat.

In dieser Denkschrift legt *Schneider* actengemäss alle die colossalen Arbeiten und Kämpfe, welche die Vorbereitungsgesellschaft bis zur Krönung ihres Werkes zu bestehen hatte, nieder, ferner Alles, was in dieser Angelegenheit von Seite der betheiligten Cantone und des Bundes, ohne dessen grossmüthige, freundeidgenössische Unterstützung das Werk nimmer möglich geworden wäre, geschehen ist. Nicht umsonst steht auf pag. 95 das Motto: „Auch hier bedarf es eines grossen Eifers, einer unermüdlichen Ausdauer, einer wahren Begeisterung für die Sache, auch hier gilt das Wort: Der Glaube versetzt Berge."

Vor Allem verdient unsere Hochachtung *Schneider*'s alle Perioden der Vorbereitung als rother Faden durchziehende weitsichtige Auffassung des Unternehmens, die, alle Partialcorrectionen als fruchtlos verwerfend, nur von der Gesammtcorrection des ganzen Entsumpfungsgebietes von Entreroches bis Solothurn die Verwirklichung der angestrebten Resultate erwartete. Mit derselben Consequenz und Zähigkeit hielt *Schneider*, allen Stürmen und Gegenströmungen trotzend, an dem einmal als einzig rationell erkannten, aus dem Jahr 1841 stammenden Correctionsproject des hochverdienten Oberst *La Nicca* fest, welches als Basis des ganzen Unternehmens die Ableitung der Aare in den Bielersee hinstellte, wodurch ein Reservoir für die Geschiebsmassen der Aare gefunden wurde und so einzig die bei allen andern Projecten früher oder später mit Nothwendigkeit eintretende Erhöhung des corrigirten Flussbettes, Rückstauung gegen die Seen und abermalige Versumpfung des Seelandes unmöglich gemacht werden konnte. *Schneider* und *La Nicca* erlebten auch den Triumph, dieses Project den Sieg davon tragen zu sehen; mit Wehmuth aber erfüllte *Schneider* die nur theilweise Realisirung seiner Pläne. Lassen wir ihn hierüber selbst sprechen (pag. 171): „Was unter der frühern Bundesverfassung in dieser Weise unmöglich gewesen, gelangte endlich zum glücklichen Ziele, freilich nicht ohne dem Cantönligeist ein grosses Opfer gebracht zu haben, nämlich das Opfer, dass die Entsumpfungsarbeiten in den angrenzenden Möösern nicht, wie es zu wünschen gewesen wäre, alle ohne Ausnahme in das Gesammtunternehmen aufgenommen wurden. Es ist klar, dass das schöne Werk der Juragewässercorrection nur dann seinen vollen Werth und seine volle Bedeutung erhalten haben würde, wenn es in seiner ganzen Ausdehnung aufgefasst und durchgeführt worden wäre, die Correctionen an der obern Broye, der Orbe, der Läugenen und die nöthigen grössern Canalarbeiten in den Möösern inbegriffen. — Aber diese Idee, welche der Grosse Rath des Cantons Bern schon im Jahre 1839 und dann wieder 1843 und 1847 als einzig der Würde des Standes Bern und seiner eidgenössischen Gesinnung angemessen erklärte und die Vorbereitungsgesellschaft während 30 Jahren festgehalten hat, diese Idee musste einer wenigstens engherzigen Politik zweier Cantonsregierungen zum Opfer gebracht werden.

Wie unendlich grösser stünde das Nationaldenkmal da, würde die ganze Ebene von Enterroches und Peterlingen bis Solothurn herunter an einem und demselben Tage vollständig der Cultur übergeben, dem entzückten Auge prachtvolle Felder, Wiesen, wohlgesicherte Flüsse und Seeufer darbietend, so dass man mit vollem Rechte hätte sagen können:

Hier, wo Ihr steht, war Sumpf, Ihr Enkel, dankt es den Vätern,
Dass sie die Gegend des Fluch's schufen in Segen Euch um.
Eidgenossen thaten's, wie Brüder halfen sie Brüdern,
Diese Flur ist ihr Werk — selig, o selig das Land,
Wo die Liebe so herrscht, wo die alte Treue kein leerer
Nam' ist, die Tugend kein Tand, hoch leb' solch' Schweizersinn!"

(Riva.)

Wenn aber einst nach 50—100 Jahren in einzelnen grössern und kleinern Bezirken dieser grossen Fläche noch „der schimmlichte Sumpf in faulen Dünsten lebende Wolken der Pest aussendet" *(Thomson)*, dann trägt wahrlich weder die Vorbereitungsgesellschaft

noch die heutige Bundesbehörde, am allerwenigsten das heutige Schweizervolk, das überall mit Opferbereitwilligkeit zum Unternehmen gestanden, eine Schuld daran. Die Verantwortlichkeit falle denjenigen zur Last, welche engherzigen cantonalen Rücksichten und vermeintlichen persönlichen Interessen folgend die Ausführung des schönen Werkes in dieser Ausdehnung zu verhindern wussten.“

Der Geist, welcher *Schneider* beseelt und ihn seine Privatinteressen fast mehr als man von einem Bürger verlangen darf, dem Gemeinwohl des Vaterlandes opfern liess, spricht sich am klarsten in den Schlussworten des Autors selbst aus: Es sei mir erlaubt, diese Schrift mit den nämlichen Worten zu schliessen, mit welchen ich mich vor 40 Jahren an die gemeinnützigen Männer der ganzen Schweiz gewendet habe, denn sie waren und blieben der leitende Gedanke, an welchem sich nachher die ganze Geschichte der Vorbereitungsgesellschaft abgewickelt hat:

„Es kann und soll dieses Werk der Entsumpfung nicht ein Werk der Gnade von Regenten sein, wie ähnliche Unternehmungen, die in monarchischen Staaten auf den Wink des Herrschers ausgeführt werden. Das ist eben sein Werth, dass es auf dem Boden der Ueberzeugung gegründet und durch die gemeinsame Kraft edler Männer eines freien Volkes ausgeführt, daher vom Volk erworben, auf spätere Zeiten als heiliges Erbtheil an die Enkel vermacht werden und auf diesem Boden eine gleiche Gesinnung fortgepflanzt werden kann.“

Dieser hydrotechnisch-politischen Geschichte der Juragewässercorrectionen, welche ein Glanzpunct in der Geschichte des 19. Jahrhunderts der schweizerischen Eidgenossenschaft bildet und welche unseren lieben Dr. *Schneider* sel. einen der ersten Plätze in der schweizerischen Ehrenhalle einnehmen lässt, sind beigegeben die beiden Porträts des Verfassers und des ebenso gross angelegten als bescheidenen Obersten *La Nicca*, sowie ein schöner Uebersichtsplan des Entsumpfungsgebietes mit Längs- und Querprofilen der grössern Canäle und mit den Bauplänen der 4 grössten Brücken, endlich die übersichtliche hydrotechnisch-finanzielle Baubeschreibung der Juragewässercorrection von *La Nicca*, welcher eingangs der Befürchtung, dass seine Kräfte für eine befriedigende Lösung der Aufgabe nicht hinreichen dürften, in den Worten Ausdruck gibt: „Ich stehe auf der schwindlig hohen Stufe des 87. Lebensjahres! Meine Feder ist steif und abgestumpft; meinem Geiste fehlt es an Stärke und Elasticität und die Wirkungen eines vielbewegten Lebens machen ihre Rechte auf den so alt gewordenen Organismus geltend.“ — Eine jüngere Kraft würde sich kaum in befriedigenderer Weise als der Meister dieser Aufgabe haben entledigen können. *Pf.*

Compendium der Augenheilkunde.

Von *Tetzer-Grünfeld*. 3. Aufl. Wien, F. Perls, 1878. p. 468.

Hersing, Compendium der Augenheilkunde. 2. und 3. Auflage. Stuttgart, F. Enke, 1878 und 1881. p. 269 resp. 335.

Zehender, Lehrbuch der Augenheilkunde für Studirende. Stuttgart, F. Enke, 1879. p. 636.

Klein, Lehrbuch der Augenheilkunde für practische Aerzte und Studirende. Wien, Urban & Schwarzenberg, 1879. p. 780.

Goldzieher, Therapie der Augenkrankheiten für practische Aerzte und Studirende. Stuttgart, F. Enke, 1881. p. 292.

Wenn sich *Schauenburg* in der Vorrede zur 5. Auflage seiner Ophthalmiatrik (1870) der grossen Popularität seines Buches und seiner daherigen Verdienste um die Verbreitung ophthalmologischer Kenntnisse unter den practischen Aerzten rühmen darf, so wird das einem Jeden, der das im höchsten Grade untergeordnete Buch kennen gelernt hat, auffallen müssen. Und doch enthält jene Behauptung etwas Wahres. Der Grund dafür ist eben einfach darin zu suchen, dass es neben *Stellwag*'s Lehrbuch der practischen Augenheilkunde lange Zeit das einzige kleine deutsche Lehrbuch der Ophthalmologie war. Dass aber *Stellwag*'s Buch nicht die wohlverdiente Beliebtheit unter den Studenten und practischen Aerzten zu erlangen vermochte, mag z. Th. seinen Grund haben in einer gewissen Breite der Darstellung, wodurch sich das Buch viel mehr zum Nachschlagen und gründlichen Studium eignet, als dazu in möglichst kurzer Zeit eine oberflächliche Einsicht in die Specialität zu geben; z. Th. mag auch die etwas fremdartige Terminologie daran schuld sein.



Wir dürfen es darum als einen grossen Fortschritt betrachten, dass im letzten Jahrzehnt diesem Mangel an brauchbaren kürzeren Lehrbüchern gründlich abgeholfen worden ist.

Den Anfang machte das im Jahre 1870 in erster, 1873 in zweiter und 1878 in dritter Auflage erschienene Compendium von *Grünfeld*. Dasselbe ist ursprünglich entstanden aus stenographirten Aufzeichnungen der im Jahre 1866 von Dr. *Tetzer* in Wien gehaltenen Vorträge. Die spätern Auflagen sind von Prof. *Arlt*'s Assistenten, Dr. *Bergmeister*, ergänzt. Jedem einzelnen „Hauptstück" ist eine kurze anatomische Einleitung vorausgeschickt. Das Buch ist gerade durch die Art seiner Entstehung aus Vorträgen recht lesbar gemacht. Als Anhang ist eine Zusammenstellung der auf der Klinik von Prof. *Arlt* gebräuchlichsten Medicamente beigefügt.

Ganz ausgezeichnet ist das seit 1871 ebenfalls in drei Auflagen herausgegebene „Handbuch der speciellen Augenheilkunde" von Prof. *Schweigger* in Berlin. Doch ist dasselbe vielleicht gerade seiner Selbstständigkeit wegen weniger für den Studenten als für den Specialisten geeignet.

Ein wie wenig andere für Studenten und practische Aerzte passendes Werk ist das „Handbuch der Augenheilkunde" von *Ed. Meyer* in Paris (zuerst in französ. Sprache erschienen, 1875 und 1879 in deutscher Uebersetzung von Dr. *Block*). Auf nicht ganz 600 Seiten haben wir hier eine vollständige und klare, daneben mit einer gewissen Eleganz stylisirte Darstellung des Wissenswerthesten auf dem Gebiete der Ophthalmologie. Als Einleitung sind „allgemeine Bemerkungen über Diagnose und Behandlung der Augenkrankheiten" vorangeschickt und namentlich die Untersuchungsmethoden in trefflicher, wenn auch kurzer Weise beschrieben. Jedem Capitel geht eine anatomisch-physiologische Einleitung vorauf. Besondere Berücksichtigung erfährt der operative Theil. Erwähnung verdienen auch die vielen trefflichen Abbildungen im Texte. Es ist wohl dieses Buch heute das bei den Studenten beliebteste Lehrbuch der Augenheilkunde. Und mit vollem Recht!

Aehnliches gilt von *Hersing*'s Compendium, verfasst, um „den Studirenden eine Wiederholung der im klinischen Unterrichte erhaltenen Lehren zu erleichtern". Dasselbe bildet einen recht glücklich und mit zweckmässiger Kürze verfassten Auszug aus den besten und neuesten Werken über Ophthalmologie, namentlich aus dem grossen, 7bändigen Handbuch von *Gräfe* und *Sämisch*. Wie *Meyer*'s Handbuch während des Studiums, so wird *Hersing*'s Compendium als letzte Vorbereitung auf das practische Examen dem Studenten von grossem Nutzen sein. Dass die neueste Auflage die zweite an Seitenzahl übertrifft, möchte ich in Hinsicht auf den beabsichtigten Zweck eher für einen Nachtheil ansehen.

Zehender berücksichtigt in seinem Lehrbuche zunächst die Bedürfnisse des Studirenden, während sein 2bändiges Handbuch mehr dem practischen Arzte gewidmet war, der sich durch Nachschlagen eingehendere Belehrung über einen bestimmten Gegenstand verschaffen will. Die ganze Eintheilung und Anordnung des Stoffes ist bei beiden eine ähnliche. Leider fehlt aber auch in dem neuen Buche das bei solchen Werken so bequeme alphabetische Register. Bei den Refractionsanomalien sind die Maasse jeweilen nach beiden Systemen angegeben, was, da wir uns noch immer in einem Uebergangsstadium befinden, sehr am Platze ist. Recht passend ist auch, dass den Verletzungen ein besonderer — letzter — Abschnitt gewidmet ist.

Doch will es mir nicht richtig scheinen, dass in einem Lehrbuche für Studirende der Lehre von der Semidecussation der Sehnerven als eines überwundenen Standpunctes nur ganz kurz gedacht wird, während doch so zu sagen alle klinischen und pathologisch-anatomischen Erfahrungen für dieselbe plaidiren.

Das Buch von *S. Klein* steht ganz auf dem Boden der Wiener Schule, wozu auch die eigenthümliche Terminologie gehört (Syndesmitis statt Conjunctivitis; Dictyitis statt Neuritis etc.). Er hält darum auch fest am Zollsystem, ohne jedoch dessen Mängel zu leugnen. Recht gut ist die Einleitung über die Circulations- und Ernährungsverhältnisse des Auges und den intraoculären Druck.

Von der Ansicht ausgehend, dass Netzhaut und Opticus fast ausnahmslos zusammen erkrankt sind, werden die Krankheiten beider gemeinschaftlich abgehandelt und für die Entzündungen eine Dictyitis anterior s. interna und eine D. posterior s. externa aufgestellt, je nachdem die innern (Retinalgefässe) oder die äussern Netzhautschichten (Pig-

mentstratum) erkrankt sind. Dem entsprechend werden auch die Atrophie der Netzhaut, der Papille und des Sehnerven vereint besprochen.

Bezüglich der Kurzsichtigkeit bekennt sich *K.* zu der Ansicht, dass dieselbe nur auf Grund angeborener Anlage vorkomme. Gewiss sind diese Fälle die weitaus häufigsten; doch sind wir andrerseits aus verschiedenen Gründen gezwungen, auch eine erworbene Myopie ohne hereditäre Disposition anzuerkennen.

Etwas auffallend ist die Behauptung, dass die grosse Mehrzahl der Augen der Neugebornen kurssichtig sei. Diese Behauptung stützt sich wohl lediglich auf die Untersuchungen von *Ed. v. Jäger*, der im Jahre 1861 bei 78% der untersuchten Neugebornen M. fand. Es ist jedoch seither von mehreren Beobachtern, namentlich von *Ely* nachgewiesen worden, dass, wenn man für vollständige Aufhebung der Acc. sowohl des Untersuchers als des Untersuchten sorgt, das Resultat ein ganz anderes ist. *Ely* fand beispielsweise in 17% E., in 11% M. und in 72% H. Seither erfreut sich wohl die Ansicht, dass der normale Brechzustand des kindlichen Auges der hypermetrope sei, der meisten Anhänger.

Eine Folge dieser Ansicht ist die Verdammung der gegen progressive M. empfohlenen Atropincur.

Etwas stiefmütterlich ist im Vergleich zu andern Operationen die Strabotomie, namentlich die Vorlagerung, behandelt.

Für den Modus der Thräuenableitung nimmt *K.* 1) eine Druckwirkung des Lides (durch Contraction des m. orbicularis) und 2) eine Saugwirkung der Thränenpapillen (durch klonische Zusammenziehung derselben) an. In Berücksichtigung dieser letztern räth er, das Thränenröhrchen — wenigstens bei jugendlichen Individuen — ja nicht ohne dringende Noth zu schlitzen.

Ueberall ist die neuere Literatur reichlich berücksichtigt, und werden jeweilen, wo es von Interesse ist, historische Angaben eingefügt.

So gibt uns das Werk ein treffliches Bild aus der Klinik *Ed. v. Jäger*'s, welcher der Verf. längere Zeit als Chef vorgestanden hat.

In dem Buche von *Goldzieher* ist, wie schon der Titel besagt, das Hauptgewicht auf die Therapie gelegt, während dem klinisch-diagnostischen Theile der verschiedenen Krankheiten jeweilen nur ein kurzer Raum, eine Art Einleitung, gestattet ist. Die Operationslehre, die Anomalien der Refraction und Accommodation, sowie die Krankheiten der Augenmuskeln sind ganz weggelassen. Das Buch wird darum den Studirenden und practischen Aerzten kaum die vortrefflichen vollständigen Lehrbücher zu ersetzen vermögen, die wir in den letzten Jahren erhalten haben; dagegen wird es sicher dem Specialisten oft als nützlicher Rathgeber dienen können. *Hosch.*

Handbuch der privaten und öffentlichen Hygieine des Kindes.

Von Dr. *J. Uffelmann*, Prof. der Medicin in Rostock. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1881. 588 S.

Unter obigem Titel ist ein für die Kindergesundheitspflege bedeutsames Werk von dem sowohl auf dem Gebiete der publiken Hygieine (besonders durch seine preisgekrönte Schrift „Darstellung des in der öffentlichen Hygieine bis jetzt Geleisteten“) als in der Pädiatrik (durch seine Arbeiten im Archiv für Kinderheilkunde) bekannten und verdienten Verfasser erschienen, das die volle Aufmerksamkeit der Aerzte und Lehrer in Anspruch nehmen darf. Zum ersten Male haben wir hier eine auf wissenschaftlicher Basis stehende gediegene Abhandlung der gesammten Kinderhygieine von der Geburt bis zur Pubertät vor uns. Es füllt das Werk somit wirklich eine Lücke in der Literatur aus, indem bis jetzt meist nur einzelne besonders wichtige Capitel der Kindergesundheitspflege, namentlich die natürliche und künstliche Ernährung und Wartung der Säuglinge, die Sterblichkeit im ersten Lebensjahr, die Schulgesundheitspflege wissenschaftlich bearbeitet wurden (v. dazu auch das grosse Handbuch der Kinderkrankheiten von *Gerhardt*) und daneben eine Fluth von mehr oder weniger guten populären Schriften die Mütter in der rationellen Besorgung der Kinder aufzuklären suchte.

Das verdienstliche Werk zerfällt in zwei grosse Abtheilungen: 1) private, 2) öffentliche Hygieine des Kindes.

Vorausgeschickt ist eine höchst lehrreiche Geschichte des behandelten Gegenstandes von der ältesten bis auf die neueste Zeit, in welcher sowohl die practischen als wissen-

schaftlichen und literarischen Leistungen besprochen werden. Dann folgt die Statistik der Geburts- und Sterblichkeitsverhältnisse im Kindesalter, die Besprechung der Aetiologie der grossen Säuglingsmortalität und derjenigen des Kindes überhaupt, Themate, welche schon eine treffliche Behandlung von *Pfeiffer* im *Gerhardt*'schen Handbuche gefunden haben; wesentlich Neues wird hier nicht geboten.

In der privaten Hygieine werden ausführlich abgehandelt (p. 151—368) die natürliche und künstliche Ernährung des Säuglings und des älteren Kindes, die Hautpflege, Kleidung, Wohnung (Kinderstube, Schlafzimmer, Bett), Pflege der Athmungsorgane, des Knochen- und Muskelsystems mit einem Anhang über den Schlaf, die Hygieine der Sinne, der geistigen Gesundheit, die fehlerhaften gesundheitsschädlichen Gewohnheiten des Kindes (Lutschen, Masturbation). Den einzelnen Capiteln sind werthvolle und ausführliche Angaben über Anatomie und Physiologie der besprochenen Organe beim Kinde vorausgeschickt. Bei der Kritik über den Werth der verschiedenen Aufziehungsmethoden des Säuglings sagt der Verfasser: Brustkinder zeigen die günstigsten Verhältnisse; die Ernährung mit condensirter Milch ergab durchwegs unbefriedigende Resultate (ungemein häufig sind Verdauungsstörungen, Anämie und Rhachitis im Gegensatz zu den Behauptungen *Vogel*'s in seinem Lehrbuch über Kinderkrankheiten, dass die condensirte Milch sich in der Kinderstube vollkommen bewährte); über das Rahmgemenge *Biedert*'s lasse sich ein sicheres Urtheil noch nicht abgeben trotz der günstigen Resultate, die *Monti* damit erzielte (v. Arch. f. Kinderheilk. II.); über den Mehlbrei wird ein vernichtendes Urtheil gefällt, und die Ernährung mit den zahlreichen Kindermehlen für die ersten Lebensmonate in Uebereinstimmung mit andern Forschern (*Demme*, *Biedert*, *Monti*) mit Recht verworfen, zumal sie ja auch 3—4 Mal so theuer zu stehen kommt, als diejenige mit Kuhmilch, welche in erster Linie zur künstlichen Auffütterung zu empfehlen ist.

Im zweiten Theil (öffentliche Hygieine des Kindes) werden zunächst die allgemeinen Mittel für den Schutz der Kindergesundheit erörtert (öffentliche Belehrung in der allgemeinen und in der Kinderhygieine durch Staat, Gemeinde und Vereine; Instruction der Hebammen und Kostfrauen in der Gesundheitslehre als wirksame Waffe zur Herabminderung der mancherorts so hohen Kleinkindermortalität; Verbreitung der Grundlehren der Kinderpflege im ganzen Volk, Hebung des Wohlstandes, Gründung humanitärer Anstalten (Kinderspitäler, Krippen etc.); strenge Nahrungsmittelhygieine (besonders der Milch). Mit Recht wird auch eine öffentliche Controle der vielen Surrogate für die Mutterbrust, speciell der üppig wuchernden Kindermehle verlangt. Zu wünschen sind eine bessere durchschnittliche Beschaffenheit der Wohnungen und eine strengere Prophylaxis der übertragbaren Kinderkrankheiten. Es wird eine Uebersicht der bis jetzt hierüber in den verschiedenen Staaten bestehenden Gesetze gegeben. Auch die Impfung wird abgehandelt mit Berücksichtigung der dagegen stattfindenden Agitation. „Wo geeignete Stammimpflinge sich nicht finden, soll animale Vaccination vorgenommen werden.“ (Wir hätten die principielle Betonung der animalen Vaccination jener ungenauen und elastischen Angabe über die Originärimpflinge vorgezogen. Ref.) — Ein langer Abschnitt bespricht die Gesundheitspflege der Schulen (auch der Privaterziehungsanstalten und Kindergärten). Dann folgen Capitel über die Hygieine der in Fabriken und Werkstätten beschäftigten Kinder, und die gesetzlichen Bestimmungen dafür, die Fürsorge für die Kinder der Unbemittelten (Unterstützung der Wöchnerinnen, Kinderschutzvereine, Krippen, Kleinkinderbewahranstalten).

Im Fernern beschäftigt sich der Verfasser mit der Armenkinderpflege (Armen- und Waisenhäuser), mit dem Findelkinderwesen und dem „dunkleu“ Punct des Kostkinderthums, dessen strenge Controle mit grösstem Recht verlangt wird. (Wir in der Schweiz hätten an vielen Orten hiezu auch die dringendste Veranlassung. wie die einschlägigen misslichen Zustände z. B. in Basel, Bern und im Canton St. Gallen lehren. Ref.) Mit den Abhandlungen über Sorge für verwahrloste Kinder, jugendliche Verbrecher, über Hygieine der Kleinen auf Reisen, über Kinderhospitäler und Unterricht in der Pädiatrik, für die er Prüfung an den Staatsexamen verlangt, über Reconvalescentenanstalten, ländliche Sanatorien, Feriencolonien, Seehospize, Kinderheilstätten in Sool- und Thermalbädern, Institute für rhachitische Kinder schliesst das lehrreiche Werk ab.

Nur einzelne wenige Unrichtigkeiten sind uns in dem Buche aufgefallen; so z. B. die Behauptung von der angeblich „in jeder Beziehung musterhaften Leitung des grossen

Kinderspitales Enfant Jésus in Paris, wo nicht einmal die primitivsten prophylactischen Maassregeln der Seuchenpolizei (Isolirung) gehandhabt werden, wo, wenigstens noch im Jahre 1878, in den überdies schlecht gelüfteten und überfüllten Sälen Scarlatina, Diphtheritis, Tussis convulsiva mit den leichtesten Fällen pêle-mêle zusammen lagen, so dass ein ehemaliger Interne in einem Mémoire schreiben konnte: „A l'hôpital des Enfants on meurt de la maladie qu'on y contracte et non de celle pour laquelle on y entre;" ferner die statistisch widerlegbare Angabe (v. *Routh*, Infant feeding) von der grössern Kindersterblichkeit in Irland. —

Das sehr fliessend und anziehend geschriebene Werk verdient eine sympathische Aufnahme, grosse Verbreitung und eingehendes Studium, um so mehr, als die Hygieine des Kindesalters noch immer nicht jene allgemeine und tiefgehende Würdigung gefunden hat, die sie doch in so hohem Grade verdient. Dr. *G. Custer*.

Ueber die Behandlung der wichtigsten Magen-Darmkrankheiten des Säuglings.

Von Dr. *Otto Soltmann*. Tübingen, 1881. Verlag von H. Laupp.

Die kurze, kaum 37 Seiten umfassende, Abhandlung ist vorwiegend für den Practiker bestimmt. Verf. betont in der Einleitung mit Hinblick auf die hohe Procentzahl (60%) der an Verdauungsstörungen sterbenden Säuglinge die Nothwendigkeit einer durchgreifenden Prophylaxe, worunter er neben der Bekämpfung der Unwissenheit und Nachlässigkeit der Pflegefrauen und Hebammen die Einrichtung von speciell für die Ernährung von Säuglingen errichteten Milchcuranstalten versteht. Mit Recht verlangt er ferner von Seite der Sanitätspolizei eine gründliche Ueberwachung der Milchproduction und des Milchhandels, sowie namentlich auch der in jüngster Zeit wie Pilze emporwuchernden, oft mit schwindelhafter Reclame angepriesenen Kindermehle und anderer Nährmittel. Gewissermaassen als Richtschnur für die Behandlung der Verdauungskrankheiten bei Säuglingen stellt Verf. den nicht genug zu beherzigenden Satz auf: „Die Nährmittel sind meist Heilmittel für die Kinder und die Heilmittel müssen Nährmittel sein." Nach kurzer Betrachtung der Milch und ihrer hauptsächlichen Surrogate werden als für den Practiker am wichtigsten, abgehandelt: die Dyspepsie, der Enterocatarrh, die Enteritis und die Cholera infantum.

Ein genaues Eingehen in alle Indicationen und therapeutischen Vorkehrungen, welche im Verlauf dieser Krankheiten an den Arzt herantreten können, ist im Referate nicht möglich. Stets muss die medicamentöse Behandlung Hand in Hand gehen mit einer rationellen Ernährungsweise und basiren auf unserer Kenntniss über die physiologisch-chemischen Vorgänge der Verdauung; nur die in jedem einzelnen Falle vorzunehmende Prüfung der Nahrung, namentlich der Milch, des Erbrochenen und der Dejectionen chemisch sowohl als microscopisch kann uns bestimmte Indicationen geben für unser therapeutisches Vorgehen. Bei der Behandlung der Dyspepsie, sowohl der acuten wie besonders der chronischen, erfüllt die Darreichung von Pepsin (Pepsini 1,0, Ac. mur. gtts. X, Aq. 90, Glycerini 10,0: 3stündlich 1 Theelöffel vor der Mahlzeit oder als Pepsinwein (Pepsini 10,0, Vin Xercus 300,0, Ac. mur. 1,0, 3 Mal täglich 1—2 Theelöffel) am besten die Indication das krankhaft veränderte Magensecret zu ersetzen. Zur Beseitigung der heftigen Kolikanfälle nimmt *S.* zugleich mit der Darreichung abführender Emulsionen von Ol. Ricini oder Ol. Jecoris Aselli die Aspiration der Darmgaze mittelst leerer Klystierspritze vor; als Ersatz für die oft momentan auszusetzende Milch lobt *S.* als sehr leicht verdaulich die *Leube*'sche Fleischsolution und das *Sander*'sche Pepton. Macht Enterocatarrh bei acutem Auftreten oder gar unter der Form der Fettdiarrhœ ein Aussetzen der Milch nothwendig, so empfiehlt sich als Nahrung gequirltes Hühnereiweiss (1 Eiweiss auf 200 aq.), die *Biedert*'sche Rahmconserve und Molken. Neben den eigentlichen secretionsbeschränkenden Medicamenten (Ratanhia, Kino, Katechu) sind Opiumpräparate kaum zu entbehren; bei beginnendem Kräfteverfall tritt ein excitirendes Verfahren in den Vordergrund, besonders in Form subcutaner Aetherinjectionen. Gute Erfolge bei dem chronischen Enterocatarrh hat Verf. bei Behandlung mit Wismuth- und Thonerdepräparaten gesehen.

Der Enteritis follicularis weist *S.* eine vorwiegend locale Behandlung per anum zu durch Suppositorien, Clysmen und Auswaschung des Colon; als Irrigationsflüssigkeit empfiehlt er Lösungen von Salicylsäure (1/2%), Carbolsäure (1/3%). Alumina hydric. und

Alumin. acet., Kali chloric. und Resorcin. Innerlich wendet *S.* mit Erfolg Blei- und Silberpräparate an.

Die Behandlung der Cholera infantum muss im Hinblick auf den enorm rapiden Kräfteverfall eine energisch excitirende sein (subcut. Aetherinjectionen, Alcoholica, Ammoniakpräparate und daneben warme Senfbäder). Alle Nahrung ist bis zum völligen Verschwinden des Erbrechens und des Durchfalls zu sistiren, den brennenden Durst bekämpft man durch kalten russischen Thee, schwarzen Kaffee und Eispillen. Ist die drohende Lebensgefahr abgewendet, so lässt *S.* gemäss seiner Auffassung der Cholera infantum als Intestinalmycose Antimycotica verabreichen mit Vorliebe Kreosot (Kreosoti gtt. 2, Aq. Cinnamomi 90,0, 3stündlich ein Theelöffel), Carbolsäure (Ac. carbol. 0,06, Aq. Menthæ 20,0, Tr. Opii gtts. I., Syr. Diacod. 10,0: 2stündlich ein Theelöffel), Natron benzoicum (5%), Resorcin (0,1—0,2, Inf. Chamomillæ 60,0, Tr. Opii gtts. II. 2stündl. ein Theelöffel), Cotoïn zu 0,02.

Ich kann die vorliegende Arbeit von *Soltmann* ihrer prägnanten Kürze, der bestimmten, nach physiologisch-chemischen Grundsätzen gewonnenen Indicationen und dem entsprechender rationellen Behandlung wegen jedem Practiker und namentlich jüngeren Collegen bestens empfehlen. *Ost.*

Ueber klimatische Curen.

Von *Jessen*. Berlin, Reimer, 1881.

Die kleine Brochure ist eine warme Empfehlung der südlichen Curorte, speciell von Mentone, obschon der Verfasser im Eingang die herrschende Parteinahme der Aerzte und der Laien für einen einseitigen Standpunct gegenüber der Phthiseotherapie verurtheilt und sich gegen die Insinuation verwahrt, als halte er die von ihm hauptsächlich geübte und empfohlene als die allein seligmachende (was freilich eine zweifelhafte Empfehlung wäre!). Für uns Schweizer mag es immerhin nicht ganz überflüssig sein, daran erinnert zu werden, dass ausser und neben unsern Hochgebirgen auch noch Heilagentien für die furchtbare Geissel der Menschheit existiren, die in gewissen und zahlreichen Fällen den uns zunächst gelegenen und eigenthümlichen Curstationen nicht blos ebenbürtig, sondern überlegen sind. Es gehören dahin hauptsächlich die subacuten Formen der Phthise, die fieberhaften, zuweilen sogar intensiv febrilen Fälle, die man, ohne auf pathologische Détails Rücksicht zu nehmen, als active Phthisen bezeichnet; den schweizerischen pract. Aerzten sind trotz der stärkenden Hochgebirgsluft einerseits und — sagen wir es gleich — dem verhältnissmässig milden Klima, das wir an den Gestaden unserer Seen besitzen, andererseits derartige Patienten zumeist Gegenstände der bittersten Verlegenheit in therapeutischer Beziehung. *Jessen*'s Empfehlungen lassen immerhin der Annahme Raum, dass für solche Patienten in den Stationen der Riviera, namentlich aber in Mentone noch ein wirkliches Heil beginnen und sich späterhin in unsern Höhenklimaten befestigen könne. Freilich gehört — und da sitzt der hauptsächlichste Jammer in der Behandlung fraglicher Krankheitsgruppe — dazu eine Börse, an der nicht dieselbe Affection nagt. Verf. gibt eine nicht zu unterschätzende Uebersicht über die Kosten eines Winteraufenthaltes sowie eine Anleitung zur raschen und vortheilhaften Bewerkstelligung der Reise, natürlich von Deutschland (Berlin) aus. *Trechsel.*

Beitrag zur Beurtheilung der Hydro- und Pneumatotherapie.

Von Dr. *v. Corval*, dirig. Arzt der Curanstalt Schöneck am Vierwaldstättersee. Separat-Abdruck aus der Berl. klin. Wochenschrift 1881, Nr. 30. 18 S.

Es scheint unter den Curärzten nachgerade Mode werden zu wollen, alljährlich die Welt mit Saisonberichten zu beglücken. Vielfach in Anlage und Haltung eher darauf berechnet, bei einem curbedürftigen Laienpublicum Propaganda für den betreffenden Curort zu machen, als dem Arzte Ergebnisse zu bieten, nach welchen er in balneologischen Monographien oder Sammelwerken vergebens suchen würde, werden wohl die meisten dieser Berichte von den Aerzten ungelesen dem Papierkorbe zugeschoben.

Der unter der citirten Flagge segelnde Saisonbericht *v. Corval*'s pro 1880 dürfte indessen eine ausnahmsweise Behandlung beanspruchen, obgleich das in's Vordertreffen gestellte vielgestaltige Verzeichniss der zur Beobachtung gelangten Krankheitszustände dazu nicht gerade aufmuntert und auch kaum dazu beitragen wird, die wegen des „Missbrau-

ches, der mit Wasser getrieben wurde", wohl noch vielfach vorhandene Voreingenommenheit gegenüber der Hydrotherapie verscheuchen zu helfen. Die nachfolgenden Seiten des Berichts enthalten dagegen viel Treffendes und namentlich dürfte das, was Verfasser über die von hausärztlicher Seite noch vielfach geübte Verschreibung der Curzeit und des Curverfahrens sagt, noch manch' anderm Curarzte aus der Seele gesprochen sein.

In die Einzelheiten der lesenswerthen Arbeit einzugehen, ist hier nicht angezeigt, nur mag quasi als Curiosität hervorgehoben werden, dass Dr. *v. Corval*, dem in Schöneck ein zu einer gewissen Berühmtheit gelangtes pneumatisches Cabinet zur Verfügung steht, in seinen Erwartungen von der Wirksamkeit desselben ziemlich herabgestimmt worden ist und bei Emphysem und Asthma dem *Geigel*'schen Apparate entschieden den Vorzug geben zu müssen glaubt. Dieses Bekenntniss lautet nicht gerade tröstlich für Curorte, die, im Bestreben, ihren Wirkungskreis über die ihnen beschiedenen „natürlichen Grenzen" hinaus zu erweitern, sich noch kürzlich pneumatische Cabinette zugelegt haben, um auch in Brustkrankheiten mit Hochdruck arbeiten zu können. *Schnyder.*

Die Ursachen der Magenerweiterung und der Werth der mechanischen Behandlung bei derselben.

Von *Oser*. (Wiener Klinik, VII. Jahrg., 1. Heft.) Wien, Urban & Schwarzenberg.

Verf. theilt die Ursachen der Magenerweiterung nach rein mechanischen Principien in drei Reihen ein: „Kraft, Inhalt und Widerstand bilden die Momente, deren Alteration zur Erweiterung führen muss."

A. Vermehrung des Widerstandes wird bedingt durch die verschiedenartigen Verengerungen des Pylorus, des Duodenum oder auch einer tiefern Darmpartie. Die erste Folge ist eine compensatorische Hypertrophie, erst wenn diese nicht mehr ausreicht, kommt es zur Dilatation. Für das häufige Vorkommen der letztern bei Frauen will *Bartels* die Compression des Duodenum durch die r. Niere (Schnüren!) verantwortlich machen. *Oser* hält diesen Vorgang bei der grossen Beweglichkeit der Niere für kaum denkbar, wie er denn in solchen Fällen niemals einen hypertrophischen Magen fand, der bei Stenosen zur Regel gehört. Im Gegentheil war die Magenwand sehr dünn, es handelte sich um anämische Dilatationen.

B. Vermehrung des Inhalts findet sich naturgemäss in erster Linie bei Vielessern, dann aber auch im Verlauf von Dyspepsien. Während in jenen Fällen (und ebenso bei den Raschessern, die nicht genügend kauen) in der Regel die Leistungsfähigkeit anfangs zunimmt und erst bei zunehmendem Alter erschlafft, führen die Fälle der zweiten Art viel schneller zur Erweiterung.

C. Verminderung der austreibenden Kraft entsteht

1) durch Schwäche der Musculatur, wie sie bei Reconvalescenzzuständen, vor Allem aber bei Chlorose — hier meist vereint mit Dyspepsie — so häufig zu beobachten ist;

2) durch eigentliche Erkrankungen der Muscularis, wie Oedem (bei Herzfehlern, Leberkrankheiten, Morbus Brighti) oder Bindegewebswucherung (bei langdauerndem Catarrh) oder Neubildung (in specie Carcinom);

3) durch abnorme Fixirung von Theilen der Magenwand;

4) durch nervöse Atonie.

An den meisten der genannten Formen hat nun Verf. lange Zeit, oft durch Jahre, die mechanische Behandlung vorgenommen und seine Mittheilungen über die erhaltenen Resultate sind gewiss in hohem Grade beachtenswerth.

In der Reihe des vermehrten Widerstands ist natürlich das Höchste, was erreicht werden kann, eine Compensation durch Zuwachs an Kraft. „Ich muss aber offen gestehen, dass ich nach mehrjähriger Erfahrung an einen bleibenden Gleichgewichtszustand nicht mehr recht glauben kann." Im höchsten Fall dauert die Besserung einige Monate, andere Kranke aber dürfen das Spülen auch nicht einmal kurze Zeit aussetzen und bei einer dritten Categorie wird trotz und während der Behandlung der Zustand fortwährend schlimmer.

Viel bessere Resultate erhalten wir bei den noch übrigen Formen, die für die mechanische Behandlung überhaupt geeignet sind, nämlich bei den dyspeptischen in der Reihe der Inhaltsvermehrung und den anämischen in der Reihe der Kraftverminderung.



Oser benützt zur Spülung jeweilen $^{1}/_{2}$ Liter Brunnenwasser oder Sodalösung (1%) oder Carlsbader Wasser. *Mähly.*

Die Anomalien der Zahnstellung und die Defecte des Gaumens.

Von *Normann W. Kingsley*, Prof. in New-York. Deutsch von Prof. *Ludwig H. Holländer.* Leipzig, Arthur Felix.

Prof. *Holländer* hat sich der verdienstlichen Mühe unterzogen, den der englischen Sprache unkundigen Lesern die Erfahrungen und Anschauungen *Kingsley*'s zugänglich zu machen. *Kingsley* ist auf beiden Gebieten eine der ersten Autoritäten. In Bezug auf die Anomalien der Zahnstellung sind wohl die interessantesten Capitel diejenigen über Aetiologie, Idiotie und die Diagnose, obgleich wir den originellen Anschauungen des Autors uns nicht überall anschliessen können.

In der Abhandlung über künstlichen oder mechanischen Gaumenverschluss kennzeichnet sich wiederum die Beobachtungsgabe und das eminente mechanische Talent *Kingsley*'s. Er unterscheidet natürlich zwischen dem relativ leichten Verschluss der acquirirten Gaumendefecte von demjenigen der angeborenen. Für den Anfang, d. h. zur Erlernung der deutlichen Aussprache befürwortet er bei angeborenem Defect die Anwendung seiner elastischen Gaumensegel. Nachher aber empfiehlt er den genialen festen, unzerstörbaren Obturator des Berliner *Suersen*, dem er rückhaltslose Anerkennung zollt. Der Chirurg, der pathologische Anatom und vor Allem der Zahnarzt wird grossen Genuss aus dieser Lectüre schöpfen. Dr. *H. J. Billeter.*

Die Nervosität.

Von Dr. *P. J. Möbius.* Leipzig, J. J. Weber, 1882.

Als Glied der „illustrirten Gesundheitsbücher“ ist die „Nervosität“ von *Möbius* für den Laien geschrieben worden. *M.* hat die Aufgabe einer populär-medicinischen Schrift mit grosser Einsicht gelöst: das Ausführlichste seiner Arbeit bildet das Capitel über die Ursachen der Nervosität, über den Einfluss der Erblichkeit, der Schule und Erziehung, der Berufsarten und unserer modernen Lebensweise. In allen Zweigen der Hygieine richten wir prophylactisch da am meisten aus, wo bei dem grossen Publicum eine erfolgreiche Belehrung vorausgegangen ist.

Die Beschreibung der Krankheitserscheinungen hätte vielleicht weniger ausführlich sein dürfen. Der wesentlichste Nachtheil populär-medicinischer Schriften ist die Angst, in welche der Leser geräth, wenn er die ersten Anzeichen schwerer Erkrankungen vernimmt und selbst zu besitzen glaubt.

Der Abschnitt „Behandlung“ ist kurz und allgemein gehalten und wird das Verständniss zwischen Arzt und Patient nur fördern helfen.

Die Sprache ist einfach, klar und schön. Wir sympathisiren mit einer solchen populär-medicinischen Literatur, welche auf Belehrung und Beseitigung von Vorurtheilen gerichtet ist, um so mehr, als es sonst nur Pfuschern überlassen bliebe, in verständlicher Weise zur kranken Menschheit zu reden. *J. M. L.*

Die Nervenschwäche (Neurasthenie).

Practisch bearbeitet von *Georg M. Beard.* Uebersetzt von Dr. *Neisser* in Breslau. Leipzig, bei F. C. W. Vogel, 1881. S. 178.

Die, Herrn Prof. *Erb* in Leipzig gewidmete, Schrift beginnt mit einer sehr langen Einleitung, die auch noch das 1. Capitel ausfüllt, in der Verf. eine Art Literatur und Geschichte seines Gegenstandes gibt, worauf in den übrigen 4 Capiteln des Buches die Symptome, Diagnose, Prognose und Behandlung der Neurasthenie geschildert werden. Wenn wir vom Verf. erfahren haben, was er alles unter Neurasthenie versteht, so drängt sich gewiss jedem Leser unwillkürlich die Frage auf: „wenn alles dies Neurasthenie ist, was ist denn eigentlich nicht Neurasthenie?“ Alles, was die Pathologie bisher unter den Krankheitsbegriffen der Nervosität, der nervösen Schwäche, der nervösen Constitution, der Cerebral- und Spinalirritation und dergleichen zusammengefasst hat; dazu vieles, was sie zur Hysterie, Hypochondrie, zur Anämie und Chlorose, zur psychopathischen Constitution rechnet, alles dies und noch manches Andere bringt der Verf. in einen Rahmen zusammen und erklärt mit grosser Emphase, damit eine neue Krankheit entdeckt zu

haben, die trotz einer ungeheuren Verbreitung als solche allen übrigen Aerzten entgangen ist. Er sieht diese Krankheit als eine chronische, functionelle, meist auf Vererbung beruhende Störung an, die er wegen ihres häufigeren Vorkommens in seiner Heimath eine amerikanische Krankheit nennt, durch unsere moderne Civilisation bedingt sein und von einer Verarmung der Nervenkraft (!) abhängen lässt. Gerade so reichhaltig wie sein Symptomenbild ist die Sammlung und Aufzählung der ihm zu Gebote stehenden Mittel zur Heilung der Krankheit. Die Art des Auftretens des Verfassers lässt sich wohl nur aus seinen heimathlichen amerikanischen Verhältnissen erklären, da sie dem wissenschaftlichen Gehalte und Werthe des Buches ganz und gar nicht entspricht, die ich nicht viel höher schätzen kann, als eine Menge alljährlich erscheinender populärer Abhandlungen über verwandte Gegenstände. *L. W.*

Cantonale Correspondenzen.

Aargau. Lebensmittelpolizei. In der Grossrathssitzung vom 30. Mai abhin kam die Motion *Bruggisser* zur Behandlung, selbe lautet: „Der Regierungsrath ist einzuladen, unabhängig von der Vorlage eines neuen Sanitätsgesetzes, den Entwurf eines Gesetzes über die öffentliche Gesundheitspflege und Lebensmittelpolizei an die Hand zu nehmen und dem Grossen Rathe mit thunlichster Beförderung vorzulegen."

Der Motionssteller ging bei Begründung seines Postulates von folgenden Gesichtspuncten aus:

Werfen wir einen Blick auf unsere Nachbarcantone Solothurn, Bern, Luzern, Zürich, St. Gallen etc., so finden wir dort eine grosse Thätigkeit in der öffentlichen Hygieine, während bei uns seit vielen Jahren bis in ganz jüngster Zeit absolut nichts geschehen ist.

Wir haben immer noch ein altes, längst unbrauchbar gewordenes Sanitätsgesetz vom Jahre 1836, demzufolge beispielsweise den einzelnen Gemeinden zur Wahrung des Gesundheitsweeens folgende Competenzen eingeräumt werden:

Der Gemeinderath ernennt 1) die Todtenbeschauer (sic!), 2) die Todtengräber, 3) die Fleischbeschauer, 4) die Vieh-Inspectoren, 5) die Marktaufseher.

Ferner wird verfügt: Ansteckende Krankheiten (Epidemien) sind dem Gemeindeammann und Bezirksarzt, Vergiftungen, Abtreibungen, schwere Verletzungen und Uebertretungen polizeilicher Gesetze dagegen dem Bezirksamte anzuzeigen.

Ein Versuch, ein etwas besseres Sanitätsgesetz zu schaffen, wurde im Jahre 1872 vom aarg. Volke verworfen, und seither war unter allen Wipfeln Ruh'!

Die Annahme des Epidemiengesetzes in den eidgenössischen Räthen zeigt uns, dass der Bund in Fragen der Volkshygieine nicht „Gewehr bei Fuss" zusehen will — und dass folgerichtig auch die Cantone sich nachmachen müssen.

Man gibt jährlich viel Geld aus für eine Masse von Inspectionen, deren Nothwendigkeit eine sehr fragliche ist; man soll einmal das Utilitätsprincip mehr in's Auge fassen und dem allgemeinen Volkswohl mehr Opfer bringen. Die Ernährung unseres Volkes ist vieler Orts ungenügend, unzweckmässig und schlecht: für theures Geld erhält man verfälschte Nahrungs- und Genussmittel: Hundefleisch statt Hammelskeule, Strassenstaub im Roggenmehl, Kleisterwürste, gewässerte Milch, Fuchsinwein und Seegras-Cigaretten!

Es ist eine bekannte statistische Thatsache, dass die Sterbeziffer bei uns höher steht, als in London, aber ein Blick auf die Entstehung der Krankheiten erklärt uns so Manches auf so einfache Weise!

Neben den Krankheiten in Folge unmittelbarer Ansteckung, als Scharlach, Masern, Keuchhusten, Blattern, Diphtheritis, Ruhr und Puerperalfieber verdanken andere ihren Ursprung ganz nahe liegenden Ursachen: wir sehen in Folge von schlechten Abtrittverhältnissen und Verunreinigung des Trinkwassers mit Jauche Typhus und Cholera entstehen, wir wissen, dass Diarrhœ bei kleinen Kindern, Scrophulose, allgemeine Schwäche, Magenleiden etc. eine Folge schlechter Ernährung sind, ebenso dass Lungenschwindsucht und eine Masse von Lungenerkrankungen ihren Grund in der schlechten Luft haben, und



dass Rheumatismen mit nachfolgenden Herzleiden und Wassersucht zum grossen Theile der Feuchtigkeit der Wohnungen und Arbeitslocale ihre Entstehung verdanken.

Wie allgemein bekannt, soll im Jahre 1883 eine schweizerische Landesausstellung in Zürich stattfinden und werden bei diesem Anlasse sämmtliche cantonale Gesetzgebungen über Gesundheitspolizei eingefordert. Wenn es nun auch nicht möglich sein wird, bis dahin ein neues Gesetz zu schaffen, so sollen wir uns unsern Miteidgenossen gegenüber doch insoferne rechtfertigen, dass wir wenigstens sagen können, es werde bei uns die öffentliche Gesundheitspflege und Lebensmittelpolizei gerade regulirt und seien wir gesonnen, z. B. analog dem St. Galler Gesetze folgende Puncte unter staatliche Obsorge zu stellen:

1) Wohnungen, Arbeitslocale und Stallungen, 2) Brunnen, Trink- und Brauchwasser, 3) Luft und Baugrund, 4) Gewerbe und Hanthierungen, 5) Schulen und öffentliche Anstalten, 6) Kinderpflege, 7) öffentliche Krankenpflege, 8) Verhütung und Beschränkung von Seuchen, 9) Leichenbestattung.

In das Capitel der *Lebensmittelpolizei* würden speciell fallen: a) die Milchuntersuchungen, b) die Brodschau, c) die Fleischschau, d) Marktpolizei, e) Weinuntersuchungen, f) Bieruntersuchungen und Bierpressionen, g) Untersuchungen von andern Genussmitteln, Gewürzen etc. etc.

Es soll auch im Canton Aargau endlich zur Wahrheit werden, dass der Staat die Gesundheitspflege der Gemeinden nach gleichen Grundsätzen unterstützt, wie andere öffentliche Unternehmungen.

Wohl sind im Canton Aargau in einzelnen Gemeinden Versuche gemacht worden, die Lebensmittel zu controliren und steht hierin namentlich Baden rühmlich da, denn dort existirt ein gedrucktes Reglement über die Untersuchung von folgenden Lebensmitteln:

1) Milch, Butter und Käse, 2) Brod, Teigwaaren, Backwerk, 3) Fleisch und Wurstsorten, 4) Wein, Most und Bier, 5) Branntwein und Liqueure, 6) Syrupe und Säfte, 7) Conditorfarben, 8) Spezereien.

Nun wissen wir aber aus eigenen Erfahrungen, dass bei derartigen Lebensmittel-Untersuchungen jeweilen ein Apotheker als chemischer Experte zu functioniren hat und dass hierin gerade der Stein des Anstosses liegt, indem letzterer bald von irgend einem Weinfabrikanten oder sonstigen Lebensmittelfälscher der Art mit Liebenswürdigkeiten (!) bedacht wird, dass ihm ein ferneres Untersuchen gründlich entleidet wird!

Hier kann uns also nur ein *geeinigtes* cantonales Vorgehen zum Ziele führen, und wenn wir uns umsehen, wie die Sache anderwärts an die Hand genommen worden ist, so finden wir, dass, während im Canton St. Gallen der Gemeinderath aus allen Gemeindebewohnern eine *Gesundheits-Commission* von 3—15 Mitgliedern ernennt, von denen mindestens *eines* Mitglied des Gemeinderathes sein muss, im Canton Luzern die *Ortsgesundheits-Commissionen* aus den Mitgliedern des Gemeinderathes unter Zuzug von 1—2 Medicinalpersonen — eventuell auch aus einer andern Gemeinde — bestehen.

In andern Cantonen ist es wiederum anders und wird es Sache des Regierungsrathes sein, aus den verschiedenen bereits erprobten Reglementen dasjenige herauszunehmen, das für unsere Verhältnisse am besten passt. Ein durch seine Einfachheit empfehlenswerthes Procedere besitzt gerade Luzern; dort überwacht und besorgt die Ortsgesundheitscommission in jeder Gemeinde das Gesundheitswesen und die Gesundheitspolizei:

a) sie trifft die nöthigen Vorkehrungen zur Sicherstellung vor ansteckenden Krankheiten;

b) sie beaufsichtigt die sanitarischen Einrichtungen der Waisen- und Armenhäuser, Schulhäuser, Fabriken und anderer Arbeitslocale, der Kirchhöfe, Todtenhäuser, Metzglocale, öffentliche Brunnenleitungen, Aborte, Canäle etc.;

c) sie überwacht den Verkauf der wichtigsten Nahrungs- und Genussmittel;

d) sie sorgt für Reinlichkeit der Strassen, öffentlichen Plätze, Brunnen etc.

Was anderwärts möglich geworden, ist bei einigermaassen gutem Willen auch im Canton Aargau durchführbar; die grösste Schwierigkeit wird in der Creirung des cantonalen Chemikers bestehen, denn eine solche gehört zur conditio sine qua non; auch bei uns wird endlich der Grundsatz zur Wahrheit werden, dass *gerade wie der Staat*

dafür Sorge zu tragen hat, dass Allen Unterricht ertheilt wird, dass Alle Recht suchen und finden können, er ebenso auch die Pflicht hat, Verordnungen über das Gesundheitswesen zu erlassen und Diejenigen zu bestrafen, welche die Gesundheit ihrer Mitglieder gefährden.

Aus der nun folgenden Discussion mag hervorgehoben werden, dass einzig Herr Badearzt *Hemmann* von Schinznach eine Lanze gegen Erheblichkeitserklärung der Motion *Bruggisser* einlegte, während Herr Polizeidirector *Imhof* dieselbe in dem Sinne unterstützte, dass dem Regierungsrathe die Prüfung der Frage vorbehalten werde, ob nicht der Zweck, den die Motion im Auge hat, besser und rascher auf dem Wege der Verordnung anstatt auf demjenigen des Gesetzes erreicht werden könnte.

Diese Anschauung fand ihren Ausdruck in folgendem von Herrn Fürsprech *Haberstich* gestellten Antrage, dem auch der Motionssteller beipflichtete und der vom Grossen Rathe so ziemlich einstimmig angenommen wurde:

„Der Regierungsrath sei einzuladen, dem Grossen Rathe Bericht und Antrag zu unterbreiten über die Maassregeln, welche in Betreff der Gesundheitspflege und Lebensmittelpolizei zu ergreifen sind."

Baselland. Dr. *J. J. Löliger* †. Nach mehr wie 40jähriger ärztlicher Praxis starb am 5. Juni 1882 Dr. *J. J. Löliger*, Arzt in Arlesheim (Baselland). Weit und breit bekannt als gebildeter, stets den neuern Anforderungen der Wissenschaft nachfolgender Arzt, als Menschenfreund im wahren Sinne des Wortes, hat er ein Leben hinter sich, wie sich dessen Wenige rühmen können, und sein grossartiges Leichenbegängniss, an welchem beinahe alle Collegen aus Baselland mit vielen Freunden und Bekannten aus der Stadt Basel und Umgegend Theil nahmen, bewies die ungeheuchelte Trauer der anwesenden Aerzte und Freunde, ja der ganzen umwohnenden Bevölkerung. Er starb an einem apoplectischen Anfall nach kurzer, aber sehr schmerzvoller Krankheit; ein langdauerndes Herzleiden, welches ihn dennoch nicht hinderte, seine Praxis auszuüben, war die Grundlage seiner Leiden. Eine Nierencomplication nebst peritonitischen Erscheinungen führte rasch das schmerzvolle Ende herbei.

Geboren am 24. April 1813, besuchte er die Schulen in Mönchenstein, und, zu einem andern Beruf bestimmt, entschloss sich der talentvolle junge Mann ziemlich spät zum Studium der Medicin. In Basel und Strassburg, wo er mit dem berühmten Geologen *Gressli* eine engere Bekanntschaft anknüpfte, später in Heidelberg und Wien widmete er sich mit angestrengtem Fleisse der ärztlichen Wissenschaft. Nach längern Reisen nach Paris, Marseille, Italien und nach wohlbestandenem Staatsexamen etablirte er sich im Jahre 1839 in Mönchenstein, seinem Heimathdorfe, zog dann nach Arlesheim, wo er sich verheirathete und inmitten seiner nach und nach anwachsenden Familie ein glückliches Familienleben genoss.

Hochgeachtet in der Gegend und in ganz Baselland, widmete er sich trotz ausgebreiteter ärztlicher Thätigkeit allen öffentlichen Interessen, sei es als Landrath, als Verwaltungsrath der Centralbahn, als Präsident des Verfassungsraths in der stürmischen Revisionsperiode im Canton Baselland, und nie ist sein gut gemeinter Rath ungehört verhallt.

Als Militärarzt brachte es Dr. *Löliger* zum Rang eines Divisionsarztes und war dirigirender Oberarzt in Genf während der Grenzbesetzung im Savoyerhandel anno 1859, nachdem er schon als junger Mann den Sonderbundsfeldzug als Ambulancearzt I. Classe durchgemacht.

Ohne selbst literarisch thätig gewesen zu sein, war er dennoch durch und durch mit allen neuern Entdeckungen unserer Wissenschaft vertraut und war ein Practiker, wie es wenige gibt.

Der dahingeschiedene Papa *Löliger* war ein Mann, ohne Falsch, das Wahre und Gute erkennend und mit aller Energie vertheidigend, unermüdlich thätig. Er war ein Patriot und ein Bürger, den öffentlichen Interessen seiner engern Heimath wie des Vaterlandes stets zugewandt und er hat dieselben zeitlebens nach bestem Wissen und Willen gewahrt und verfochten.

Ein reiches, bewegtes Leben! Wohl dem Arzte, der auf eine solche Thätigkeit zurückblicken kann!

Es freut uns, constatiren zu können, dass ihm neben all' den Enttäuschungen, die das ärztliche und das politische Wirken keinem ersparen, seine Familie den reichlichsten Ersatz, das schönste Glück bot: alle Glieder derselben waren mit ihrem lieben Vater und unter sich zu schönster Harmonie verbunden. Ihnen Allen wird für den lieben Geschiedenen allzu wahr bleiben: „Dem Auge fern — dem Herzen nah'!" *Sch.*

Genf. Auch in diesem Jahre erfolgte in der Genfer Presse ein Aufruf des sogen. **Comité des Bains de mer.** Einige Angaben über dies bei uns neue Werk der Wohlthätigkeit werden die Leser des Corr.-Bl. interessiren. Im Sommer 1881 wurde zuerst der Gedanke verwirklicht, chronisch kranke Kinder ärmerer Leute an's Mittelmeer zum Gebrauch der Seebäder zu schicken. Die von der reformirten Kirche in Cette gegründete, auch von Genfern stets unterstützte Seebad-Anstalt für Unbemittelte erklärte sich bereit, die Genfer Kinder zu sehr vortheilhaften Bedingungen aufzunehmen. Die Eisenbahn Paris-Lyon-Méditerranée gestattete halbe Fahrtaxen.

Nach ärztlicher Untersuchung und Auswahl durch Prof. Dr. *D'Espine* wurden 65 Kinder zu dreiwöchentlicher Cur, in drei Zügen von Mitte Juni bis Ende August, unter Leitung von 2—4 Führern beiderlei Geschlechts nach Cette gebracht. Unter diesen kleinen Patienten waren 16 Nichtschweizer, 21 Genfer, 28 Schweizer anderer Cantone (das Comité bestand nur aus Genfern). 6 Kinder machten eine 6wöchentliche Cur. Dr. *Dumas* in Cette leitete die Curen. Die Gebäulichkeiten, ³/₄ Stunden von der Stadt am Meere gelegen, sind eigentlich für ein Lazareth im Kriegsfall bestimmt, daher sehr geräumig.

Aus der Tageseintheilung heben wir hervor: 1. Bad 10 Uhr, Mittagessen 12 Uhr, von 2—4 Uhr Schule (nicht obligatorisch), 2. Bad 4 Uhr. Hin- und Rückfahrt (21 Stunden) fanden ohne Unterbrechung statt, mit Matratzen für die Nacht. Der Bericht, der dem XV. Jahresbericht[1]) unseres Bureau central de Bienfaisance beigegeben ist, lobt das blühende Aussehen der Zurückkehrenden und die Heilerfolge der Cur, namentlich bei den 17 Rachitischen und 40 Scrophulösen. Bei 4 Kinderlähmungen trat nur allgemeine Kräftigung ein. Die grosse Hitze in den Hundstagen wurde im Ganzen sehr gut ertragen. Die ganze Ausgabe betrug Fr. 5395. 80. Die 3wöchentliche Cur kam mit Reise, Führungsspesen etc. auf blos Fr. 71 per Kind zu stehen. Die Einnahmen, in freiwilligen Gaben und Beisteuer einiger Eltern bestehend, betrugen Fr. 5518. — Verbesserungen der Einrichtung in loco, namentlich für ernstlich kranke Kinder, werden für folgende Badesaisons erstrebt.

Der günstige Ausfall dieses ersten Versuchs ermuthigte das Comité zum Fortschreiten auf der betretenen Bahn. Der Canton Tessin, welcher schon längere Zeit eine ähnliche Einrichtung besitzt, schickt seine scrophulösen und rachitischen Kinder in's Seebadspital am Lido bei Venedig.[2]) Die Benutzung dieser Anstalt für unsere hiesigen Zwecke erscheint dem Comité aus verschiedenen, besonders wohl geographischen Gründen, wenig thunlich. Die in Olten voriges Jahr versammelte Aerztecommission drückte dem Comité seine Theilnahme aus. Weitere Entwicklung der Seebadcuren, auch in andern Cantonen, ist sehr zu wünschen und Anregung dazu Hauptziel dieser Zeilen. — Das Genfer Comité ist soeben im Begriffe, die diesjährige Seebadcampagne zu organisiren. Leider fliessen ihm, wohl in Folge des Börsenkrachs vom letzten Winter, die Gelder weniger reichlich zu wie im vorigen Jahre, doch werden wohl wieder 40—50 Kinder dieser Wohlthat theilhaftig werden, und zwar mit den Aenderungen, dass 1. fast nur Rachitis und Scrophulose angenommen, 2. die Cur von 6 Wochen statt 3 zur Regel erhoben wird.

Auch das, in Zürich, Aarau und Basel so günstig ausgefallene und in mehreren andern schweizerischen und auswärtigen Städten, z. B. Frankfurt a. M.,[3]) nachgeahmte mildthätige Werk der Ferienaufenthalte im Gebirge für ärmere schwächliche Schulkinder steht in Genf seit mehreren Jahren in erfreulicher Blüthe. Die kühlen waldreichen Orte am Fusse des Waadtländer Jura erwiesen sich zu diesem Zwecke sehr geeignet.

Dem Berichte für 1881 entnehmen wir, dass 83 Kinder (26 m., 57 w.) an 5 solchen Orten durchschnittlich 22 Tage verpflegt wurden. Die mittlere Gewichtszunahme der Kinder war Ko. 1,722 für die Knaben und ca. 1 Ko. für die Mädchen.

---

[1]) Besten Dank für die Zusendung desselben. Redact.
[2]) Wir hoffen, auch hierüber ein Referat zu erhalten. Redact.
[3]) S. im Frankfurter Sanitätsbericht 1880 den sehr lesenswerthen Bericht von Dr. *Carl.*

Das Genfer Militärdepartement lieferte Bettzeug für die Knaben. Ausgaben Fr. 3560 85 Cts. Die ärztliche Auswahl der Kinder besorgten Dr. *Ferrière* und Dr. *Lombard* jun. Auch diese bewährte Einrichtung soll fortgesetzt und wo möglich erweitert werden.

Einer andern grossen Wohlthat für die leidende Kinderwelt der ärmern Bevölkerung unserer Stadt muss doch auch im Corresp.-Blatt Erwähnung geschehen. Ich meine die Privat-Poliklinik für Kinderkrankheiten, welche Prof. Dr. *D'Espine*, für die chirurgischen Fälle von Prof. Dr. *Reverdin* unterstützt, im März 1880 gegründet hat und über deren schon bedeutende Thätigkeit derselbe in der Aprilnummer der Revue médicale berichtet. In den 2 Jahren seit der Eröffnung wurden 1116 Kinder behandelt, worunter 324 allgemeine Krankheiten, 64 Nervenleiden, 211 Leiden der Verdauungsorgane, 171 der Brustorgane, 119 der Haut und Sinnesorgane und 122 chirurgische Fälle. Für nähere Détails über die Einrichtung und Heilerfolge dieser segenreichen Anstalt muss auf den Originalbericht verwiesen werden. Zur Nachahmung fügen wir nur noch bei, dass nicht nur der ärztliche Rath, sondern auch die Arzneimittel unentgeltlich verabreicht werden, und zwar für die Genfer vom Hospice général, für alle andern von Staates wegen.

G. Haltenhoff.

St. Gallen. Der ärztliche Verein „Hygieia" versammelte sich den 15. Juni in der bekannten Wasserheilanstalt Buchenthal zu seiner, alle 2 Monat stattfindenden, ordentlichen Sitzung. Buchenthal, prachtvoll gelegen mit aussergewöhnlichem Reichthum an frischem Quellwasser zu Curzwecken, hatte in der ärztlichen Welt von jeher einen guten Klang. Doch mit dem Klange allein ist's nicht gethan, auch eine Wasserheilanstalt muss sich auf der Höhe der Zeit zu halten wissen. Das hat denn auch die Eigenthümerin der Anstalt, die Firma Matthias Näf in Niederuzwil, begriffen. Sie holte sich einen ärztlichen Dirigenten aus der bestrenommirten Wienerschule (Prof. Dr. *Winternitz*), und die eben vorgenommenen baulichen Veränderungen im Innern der Anstalt sollten diese zu einem Badetablissemente ersten Ranges erheben. Es ist begreiflich, dass eine solche Anstalt inmitten unseres Vereinsgebietes unser gerechtfertigtes Interesse hervorrief, so dass wir es in unserer Pflicht erachteten, durch eine gemeinsame Inspection uns persönlich zu überzeugen, ob die Wirklichkeit auch in der That den gemachten Versprechungen entspreche. Wir haben uns nicht getäuscht. Allgemein herrschte die Ueberzeugung, dass die Badeeinrichtungen in Bezug auf technische Anlage mustergiltig sind und Buchenthal, wenn wir noch den colossalen Wasserreichthum in's Auge fassen, kaum von irgend einer andern Wasserheilanstalt wird übertroffen werden. Der ärztliche Dirigent erläuterte uns durch practische Darstellung der verschiedenen Heilproceduren am Lebenden die heute maassgebenden Grundsätze der rationellen Hydrotherapie. Wir haben in Herrn Dr. med. *Wollensack* einen äusserst liebenswürdigen Collegen und sehr tüchtigen Hydropathen kennen gelernt und können der Anstalt zu dieser Acquisition nur gratuliren. Wir sind überzeugt, dass die Anstalt unter diesen Verhältnissen rasch zu neuer Blüthe gelangen und einer segensreichen Zukunft entgegen gehen wird. *Hartmann.*

Ragaz-Pfäfers. Nachdem ich in letzter Nummer dieses Blattes den noch immer ungenügenden Stand der Quellen von Pfäfers rückhaltlos dargelegt, glaube mich nun auch berechtigt, mit Mittheilungen nicht hinter dem Berge halten zu müssen, die nun glücklicherweise besser lauten. Kaum hatte die Erwärmung mittelst Röhrensystem Zeit, sich während einiger Tage zu bewähren, als auch die noch viel billigere von der gütigen Natur wieder selbst und bis anhin tadellos übernommen wurde.

In Folge Steigens der Temperatur der 3 Quellen auf 30 und 31° R. und in Folge der höhern Lufttemperatur und daher minderer Abkühlung der Thermalleitungen können die Badanstalten Ragaz mit immerwährend zufliessendem Thermalwasser zu 26½ bis 27½° R. versehen werden, während Bad Pfäfers solches genügend zu 28° R. erhöht. Die Cursaison wird nun Tag für Tag lebhafter, immer mehr treffen Curbedürftige ein, während viele andere Ragaz Fahnenflüchtige jetzt nur ungern dessen herrliche Umgebung und Annehmlichkeiten entbehren.

Mit der nun auch eingetretenen Ergiebigkeit der Quellen sind alle Hypothesen, welche sich auf Versiegen der Quellen, auf andere Ausflüsse etc. stützten, widerlegt und von Neuem die Abhängigkeit derselben von den Niederschlägen im Alpengebiet bestätigt. Und so dürfen wir auf eine befriedigende Saison sowohl im Interesse der Curwelt als des Curortes hoffen. Dr. *Jäger.*

Zürich. Das altehrwürdige Bad **Andeer-Pignieu**, mit seiner so reichlich fliessenden Quelle, hat nach jahrelangem Harren endlich die Ehre einer Analyse erlebt, welche nächstens durch Dr. *Abeljanz* publicirt werden soll. Die eisenhaltige Gypstherme hat, wie ich längst vermuthet, grosse Aehnlichkeit mit der von Weissenburg und liefert über 100 Liter p. M.

	Pignieu nach Dr. *Abeljanz.*	Weissenburg nach Dr. *Stierlin.*
Temperatur	bei 0° 19° C.	bei 15° 26° C.
Spec. Gewicht	1,00221	1,00143
Calciumsulfat	1,7540	0,9526
Magnesiumsulfat	0,3200	0,2935
Kaliumsulfat	0,0143	0,0219
Natriumsulfat	0,0139	0,0299
Chlornatrium	0,0056	0,0050
Calciumcarbonat	0,1890	0,0392
Eisenoxyd	0,0032	0,00045
Kohlensäure	0,0581	0,0396
	Quellgase.	
Kohlensäure	1,2 cc.	0,20 cc.
Sauerstoff	10,4 cc.	12,10
Stickstoff	88,4	87,70

Vor dem Hause ist ein neuer Brunnen aus Granit mit 2 Messingröhren und doppeltem Trog. Aus der einen Röhre fliesst das Mineralwasser lauwarm, aus der andern Röhre kaltes Quellwasser, was bei zwei zugleich trinkenden Durstigen zu komischen Scenen Veranlassung gibt. Leute mit Brust- und Halscatarrhen tranken oft von dieser Therme mit sichtbarem Nutzen.

Getrunken wird jetzt mehr, dagegen früher nur gebadet und es war in den zwanziger und dreissiger Jahren das Bad sehr belebt, so dass kaum 30 Badecabinette hinreichten, während jetzt vorderhand deren 6 genügt haben und der grösste Theil des Thermalwassers unbenützt in den Rhein abfliesst. Seit einigen Jahren fliesst das Wasser nach Andeer, wo ein sehr geräumiges Gasthaus (979 M. über Meer) in reizender Umgebung die Curgäste behaglich aufnimmt. *G.*

Wochenbericht.

Schweiz.

Genf. IV. internat. hygieinischer Congress in Genf (4.—9. September 1882). Verschiedene Eisenbahnen haben eine Preisermässigung für die Herren Theilnehmer zugestanden, und es werden hiemit diese eingeladen, durch Zusenden von Fr. 20 an den Generalsecretär Prof. *P. L. Dunant* in Genf ihre Theilnehmerkarte zu lösen, damit ihnen bei Zeiten auch die zum Bezug obiger billiger Eisenbahnbillete nöthigen Karten können zugestellt werden.

Vom 1.—15. September wird eine Ausstellung für Hygieine und Demographie stattfinden, wobei diesbezügliche Gegenstände: Modelle, Pläne, Zeichnungen, Druckschriften, Karten und Tabellen ausgestellt werden sollen.

Die Aussteller sind gebeten, sich sofort beim Generalsecretär Prof. *Dunant* anzumelden und sollen die Gegenstände vom 1.—15. August in Genf eintreffen.

— Herr Dr. *Albert Mayor* erhielt von der Pariser medicinischen Academie den Preis Portal für seine Lösung der Preisfrage über das Puerperalfieber.

Thurgau. Dr. *Otto Binswanger* aus Kreuzlingen, Privatdocent in Berlin, folgt einem ehrenvollen Rufe an die durch den Tod von Prof. *Fritz Siebert* vacant gewordene Stelle eines ordentlichen Professors der Psychiatrie und Director der Irrenanstalt in Jena. Wir gratuliren bestens unserem hervorragenden Landsmanne zu dieser schönen Auszeichnung.

Universitäten. Frequenz der **medicinischen** Facultäten im Sommersemester 1882.

	Aus dem Canton M.	Aus dem Canton W.	Aus andern Cantonen M.	Aus andern Cantonen W.	Ausländer M.	Ausländer W.	Summa M.	Summa W.	Total
Basel	**14**	—	**68**	—	**6**	—	**88**	—	**88** [1])
Winter 1881/82	12	—	81	—	7	—	100	—	100 [2])
Sommer 1881	15	—	77	—	8	—	100	—	100
Winter 1880/81	15	—	78	—	6	—	99	—	99 [3])
Bern	**48**	—	**61**	—	**21**	**27**	**130**	**27**	**157** [4])
Winter 1881/82	38	—	64	—	19	29	121	29	150 [5])
Sommer 1881	42	—	70	—	23	21	135	21	156
Winter 1880/81	38	—	70	—	26	25	134	25	159 [6])
Genf	**9**	—	**41**	—	**23**	**6**	**73**	**6**	**79** [7])
Winter 1881/82	14	—	42	—	26	6	82	6	88 [8])
Sommer 1881	10	—	56	—	28	7	94	7	101 [9])
Winter 1880/81	14	—	58	—	32	7	104	7	111 [10])
Zürich	**43**	—	**89**	**1**	**39**	**11**	**171**	**12**	**183**
Winter 1881/82	46	—	85	1	38	10	169	11	180
Sommer 1881	34	—	75	1	39	7	148	8	156
Winter 1880/81	37	—	81	1	29	7	147	8	155

			M.	W.	Total.
Summa der Studios. medic. in der Schweiz	im Sommer-Semester	1882	462	45	507
	„ Winter- „	1881/82	472	46	518
	„ Sommer- „	1881	477	36	513
	„ Winter- „	1880/81	484	40	524

[1]) Dazu 8 Auscultanten. [2]) Dazu 17 Auscultanten. [3]) [6]) Dazu 5 Auscultanten. [4]) Dazu 1 Auscultant. [5]) 4 Auscultanten. [7]) 29 Auscultanten, worunter 4 Frauen. [8]) 18 Auscultanten, worunter 3 Frauen. [9]) 28 Auscultanten, worunter 1 Frau. [10]) 28 Auscultanten, worunter 2 Frauen.

Zürich. Tracheotomie. *B. Becker* berichtet in seiner Inaugural-Dissertation über das erste Hundert Croup-Operationen des Zürcher Kinderspitals (1874—1880). Bis zum Jahr 1880 wurden in dieser Anstalt 146 Kinder wegen Halsdiphtheritis behandelt, am meisten vertreten waren das 3. und 4. Lebensjahr mit zusammen 77 Kranken, das erste mit 1, das zweite mit 15. Sämmtliche 146 Patienten, operirte und unoperirte, gaben 50% Heilungen. 4 von ihnen hatten früher Pseudocroup durchgemacht; ein 5jähriges Mädchen war schon 13 Monate früher wegen Diphtheritis tracheotomirt worden, auch bei seiner zweiten Erkrankung kam es zur Tracheotomie und genas.

Von den 100 Tracheotomirten wurden 37 geheilt; unter 2 Jahr alt waren 10 Operirte, eines davon ist genesen. Von den 63 Gestorbenen starben 39 innerhalb der ersten 72 Stunden nach der Operation, nach dem dritten Tage erwies sich die Prognose bedeutend günstiger. Croupmembranen haben 58 der Operirten während des Krankheitsverlaufes expectorirt.

Als Complicationen, abhängig von der Tracheotomie als chirurgischer Eingriff, werden aufgeführt: Erysipel 1 Mal, Diphtheritis der Wunde 44 Mal, Decubitus durch Canulendruck 6 Mal, Emphysema mediastini et pericardii 1 Mal. Blutungen während der Nachbehandlung traten bei 21 Pat. auf, 2 Mal trat in unmittelbarem Anschluss an die Blutung der Tod ein.

Bei einem Kranken wurde die Canule schon am 5. Tage nach der Operation entfernt, bei 25 Pat. zwischen dem 6. und 19. Tage, einer trug sie 80 Tage, ein anderer 8 Monate und 8 Tage. Meist waren Granulationswucherungen Ursache der Verzögerung, in 2 Fällen neben Granulationen Erweichung der Trachealringe.

Diphtheritische Lähmungen sind in 6% der Fälle aufgetreten, darunter findet sich auch eine Lähmung des r. Oberarms; bleibende Störung ist keinem Kinde geblieben.

Ueber ihr späteres Befinden ging über 43 Kinder, darunter 29 Operirte, Auskunft ein. 8 haben nachher wieder Diphtheritis durchgemacht; 9 Operirte und 4 nicht Operirte

haben hin und wieder etwas Respirationsbeschwerden; Schluckbeschwerden 5 Operirte und 3 nicht Operirte; Sprachstörungen 5 Operirte und 2 nicht Operirte.

In Betreff der Indication zur Tracheotomie bemerkt der Verf., dass dieselbe nicht auszuführen sei bis zur Ueberzeugung, „der Pat. werde ohne Operation bald ersticken."

97 Mal wurde die obere und nur 3 Mal die untere Tracheotomie ausgeführt; das von *Bose* angegebene Verfahren erwies sich als vorzüglich.

Verf. empfiehlt, die Operation ohne Narcose auszuführen. „Nur wenn die Pat. ausserordentlich unruhig sind, gebe man ein kleines Quantum Chloroform". Dies war unter 100 Operationen nur 4 Mal nöthig.

Für Kinder unter 2 Jahren wurden Canulen aus Hartgummi angewendet, vom 2. bis 5. Jahr an die *Luer*'sche Silbercanule und zwar bis zum 5. Jahr Nr. 00, von 5 Jahren an aufwärts Nr. 1.

Die *Baker*'sche Caoutchouccanule wird empfohlen, ein Vortheil sei, dass man die Sprachöffnung an der mit dem Tracheallumen correspondirenden Stelle selbst einschneiden kann. Auch die *Dupui*'sche Schornsteincanule und die *Luer*'sche Ventilcanule mit Aluminiumkugel kamen gelegentlich zum Gebrauch.

In dem Zimmer der Croupkranken wurde möglichst continuirlich eine Wasserdampf-Atmosphäre unterhalten. Zu Inhalationen wurden zu verschiedenen Zeiten Aq. Calcis, Oleum Terebinth. (stündlich 1 Tropfen), Tanninlösung, Alumen, Kali chloric., Natr. benz., Natr. salicyl. und Acid. lactic. verwendet. Innerlich wurde Kali chloric. gegeben, auch Natr. benz. und Natr. sulfo-carbolic. Bei Blutungen Acid. Halleri. Ausserdem wurden Pinselungen mit Borax gemacht, Wunde und Trachea mit Arg. nitric.-Lösung bepinselt.

Zimmerlin.

Ausland.

Deutschland. Sanitätspolizei. Von dem geschäftsführenden Ausschusse des deutschen Aerztevereinsbundes ist eine Petition beim Reichstag eingegangen, welche gegen die den Stand der Aerzte berührenden Bestimmungen des Artikels 8 der Gewerbeordnungsnovelle schwere Bedenken erhebt. Nach diesem Artikel kann künftig den Aerzten (ebenso wie den Unternehmern von Privatkrankenanstalten, Hebammen, Schauspiel-Unternehmern, Gast- und Schenkwirthen etc.) die Approbation durch die Verwaltungsbehörden entzogen werden, wenn „aus Handlungen oder Unterlassungen des Inhabers der Mangel derjenigen Eigenschaften, welche bei der Ertheilung der Approbation vorausgesetzt werden mussten, klar erhellt." Die Petition erklärt sich mit den Motiven der Vorlage darin vollständig einverstanden, dass Aerzten, welche eines gemeinen Verbrechens oder Vergehens wegen eine Verurtheilung erfahren haben, auch die Approbation als Arzt entzogen werden dürfe, verlangt aber, dass dies durch einen Zusatz zum Strafgesetzbuche, nicht aber durch erweiterte Befugnisse der Verwaltungsbehörden ermöglicht werde. Eine klare und präcise Feststellung derjenigen Verbrechen, in Folge deren der Richter zugleich die Approbationsentziehung aussprechen kann, wäre deshalb vor Allem nothwendig, während die Vorlage eine Feststellung derselben vermissen lässt. Zur Klarstellung des Begriffs einer „schweren Verletzung der ärztlichen Berufspflichten" nimmt der Aerztevereinsbund ein vorheriges Gutachten der ärztlichen Standesvertretung in Anspruch. Die Petition gipfelt in dem Antrag: unter Ablehnung des Art. 8 der Vorlage die Reichsregierung aufzufordern, bei einer Revision der den ärztlichen Stand betreffenden Paragraphen der Gewerbeordnung die Aufstellung einer deutschen Aerzteordnung mit Einfügung einer staatlich anerkannten Organisation des ärztlichen Standes zu bewirken, und diese Aerzteordnung, bevor dieselbe im Reichstag eingebracht wird, der Vertretung der deutschen Aerzte zur vorherigen gutachtlichen Aeusserung vorzulegen.

Wir lesen das mit einem Seufzer. Und wir in der „freien Schweiz"?! Da kommt ein Seuchengesetz, längst nothwendig, zur Berathung — der Versuch, eine eidgenössische Sanitätscommission, d. h. eine technische Behörde für die Besorgung einer so hochwichtigen technischen Angelegenheit einzuführen, wird als von vorne herein unmöglich und undenkbar einfach abgestrichen. Das Chaos der vielgestaltigen cantonalen „Grundsätze" im Sanitätswesen wuchert weiter. Quousque tandem ...! Denn eine endliche Regelung wird doch kommen.



England. Am letzten internationalen Congress in London sprach Prof. *Horner* über **Antisepsis bei Augenoperationen,** in specie bei Staaroperationen.

Analysirt man alle primären Verluste genau, so kann man unter Voraussetzung vernünftiger Form, Lage und Grösse des Schnittes nicht im Zweifel sein, dass infectiöse Einflüssê eine nicht unwichtige Rolle spielen, und dass noch bessere Resultate nur auf dem Wege der Antisepsis zu erwarten sind.

Zur Erreichung einer solchen verlangt *H.*:

1) vor der Operation: präventive Antisepsis des Operationsterrains im weitesten Sinne des Wortes, sowie aller mit dem Pat. in nähere Berührung kommenden Individuen und Objecte;

2) während der Operation: Bewahrung des Wundbezirks vor Schwächung seiner vitalen Energie und Schutz der Gewebe gegen infectiöse Einflüsse (den Spray hat *H.* ganz aufgegeben, legt dagegen das Hauptgewicht auf delicateste Ausführung der Operation in allen ihren Détails);

3) nach der Operation: Desinfection des Operationsgebietes und Schutz vor secundären Infectionen (feuchter Salicylverband). Sind Zeichen von beginnender Wundeiterung vorhanden, so wird die Wunde geöffnet, die Entzündungsproducte werden aus der vordern Kammer entfernt, der Conjunctivalsack mit 2%iger Carbollösung ausgewaschen.

Hosch.

Paris. Reclame eines Pariser Chirurgen aus dem 16. Jahrhundert. (Der medicinischen Gesellschaft in Basel mitgetheilt von L. S.) In der Octobersitzung der Pariser historischen Gesellschaft legte Herr *Leopold Delisle*, der ebenso gelehrte als im Entdecken glückliche Generaldirector der Nationalbibliothek, ein gedrucktes Flugblatt vor, das er in einem alten Einband aufgespürt und davon abgelöst hatte. Dasselbe enthält den Prospectus, oder besser gesagt, die Reclame eines Pariser Chirurgen („d'ung maistre barbier et sirurgien“), der im Faubourg Saint-Germain-des-Prés seine Wohnung hatte.

Der trotz seinem geringen Umfang doch recht interessante Druck stammt, wie die Lettern deutlich ausweisen, aus dem Anfang des 16. Jahrhunderts; es fehlt jedoch leider die letzte Zeile, so dass wir darauf verzichten müssen, den Namen des Arztes kennen zu lernen, der seine Kunst so warm und eindringlich anzupreisen kein Bedenken trug. Auch an der linken Seite ist das 15zeilige Blättchen etwas beschädigt; aber dem bekannten Scharfsinn des Entdeckers hat die Ergänzung der Lücken keine Schwierigkeiten bereitet.

In moderner Orthographie lautet das ärztliche Actenstück wörtlich wie folgt:

Plaise vous savoir qu'il y a au faubourg Saint-Germain-des-Prés un maître barbier et chirurgien qui est bien expert et bien expérimenté et qui a fait plusieurs belles cures et beaux expériments en la ville de Paris et ailleurs, qui avec l'aide de Dieu guérit de toutes maladies procédentes de la grosse verolle curable, sans grever nature ni faire violence aux patients. Et aussi guérit [le dit maît]re de plusieurs autres maladies secrètes et autres qui ne sont pas ici déclarées. [Et le dit maîtr]e guérit par breuvages, sans frotter d'oignements et sans suer. Et si le dit maître [guérit bie]n aussi par suer et par frotter d'oignements qui voudra. Et aussi qui voudra être [traité pou]r faire la diète, le dit maître la fera faire honnêtement. Et premièrement guérit le [dit maî]tre de gouttes nouées ou à nouer, de nerfs retraits et de vieilles ulcères, dartres [à la mai]n ou en autre lieu, chancre en la gorge ou en la bouche ou au palais, avec les [car]tillages altérés. Ou s'il y a quelque personnage qui ait trou au palais, et que à rai-[son du dit] trou le personnage parle du nez, vienne par devers le dit maître, et avec l'aide de [Dieu il pour]ra bien parler. Le dit maître demeure au faubourg Saint-Germain-des-[Prés] . . . . vis-à-vis d'un patissier, et entre . . .
. . . .

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 11. bis 25. Juni 1882.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Von Varicellen, Morbillen, Rötheln und Pertussis sind vereinzelte Fälle angemeldet.



Direct aus Barcelona zugereist ist ein leichter Blatternkranker, der vor seiner Entdeckung und Isolirung mehrfach hier verkehrt hat.

Scharlachfälle sind noch immer sehr zahlreich; angemeldet sind im Ganzen 46 (13, 16, 50), wovon in Kleinbasel 31 (39), auf dem Nordwestplateau 9.

Beim Typhus ist der raschen epidemischen Zunahme ein ebenso rascher und starker Rückgang erfolgt; neu angemeldet sind nur 8 Fälle (3, 8, 62, 30), sämmtlich in Kleinbasel (55, 24), der Beginn der Erkrankung fällt nur bei 4 Erkrankten noch in den Juni.

Diphtherie und Croup ebenfalls in Kleinbasel vorherrschend. Von 19 angezeigten Erkrankten (12, 19, 25) fallen 12 auf Kleinbasel.

Erysipelas 11 Fälle (9, 13, 11).

Puerperalfieber 1 Erkrankung auf dem Südostplateau.

Bibliographisches.

53) *Ziemssen*'s Handbuch der allgemeinen Therapie III. Band. *Erb*, Handbuch der Electrotherapie, I. Hälfte. Mit 34 Holzschn. 8°. 304 S. Leipzig, F. C. W. Vogel. Preis Fr. 8.

54) *Ziemssen*'s Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, IX. Band, 3. Auflage. *Wagner*'s Krankheiten des Harnapparates, I. Hälfte. Der Morbus Brightii. 8°. 362 S. Preis Fr. 9. 35. Leipzig, F. C. W. Vogel.

55) *König*, Dr. *J.*, Procentische Zusammensetzung und Nährgeldwerth der menschlichen Nahrungsmittel nebst Kostrationen und Verdaulichkeit einiger Nahrungsmittel. Graphisch dargestellt. Berlin, Jul. Springer. Preis Fr. 1. 60.

56) *Rigler*, Dr. *Joh.*, Die Homöopathie und ihre Bedeutung für das öffentliche Wohl. 8°. 154 S. Berlin, Aug. Hirschwald.

57) *Börner*, Dr. *Paul*, Jahrbuch der practischen Medicin, 1882, I. Hälfte. 8°. 320 S. Stuttgart, Ferd. Enke.

58) *Krüche*, Dr. *A.*, Compendium der allgemeinen Chirurgie und Operationslehre für Studirende und Aerzte (*Abel*'s medicinische Compenden). 8°. 412 S. Leipzig, Ambr. Abel. Preis broch. Fr. 8, geb. Fr. 9.

59) *Neunter Bericht* über das Kinderspital (Eleonorenstiftung) in Hottingen. 8°. 26 S. Zürich (Ulrich).

60) *London*, Dr. *B.*, Ueber die Resorptionsverhältnisse der normalen Blasenschleimhaut. 8°. 8 S. Carlsbad (beim Verfasser).

61) *Verhandlungen* der Berliner medicinischen Gesellschaft von 1880/81. Sep.-Abdr. d. Berl. klin. Wochenschr. XII. Band. 8°. 260 S. Berlin (Schumacher).

Briefkasten.

Jubiläum in Würzburg am 2. August. Die Herren Collegen sind ersucht, ihre Spenden **sofort** dem Absender ihres Circulares zuzustellen; wer kein Circular erhielt, sende gefälligst direct an Herrn Dr. *Goll* in Zürich. Auskunft ertheilt Herr Dr. *Rheiner*, St. Gallen.

Für den Ausschuss: *A. Baader*.

Herrn Dr. *Haltenhoff*, Genf; Dr. *Conrad*, Bern; Dr. *Haffter*, Frauenfeld; Pfarrer *Bion*, Zürich; Prof. *Vaucher*, Genf; Prof. *Osc. Wyss*, Zürich; Prof. *Dunant*, Genf: Besten Dank. — Herrn Dr. *Brunner* in Leuk: Besten Dank für die freundliche Mitarbeit. — Herrn Dr. *Ost* in Bern: Protocoll vom 14. Februar dankend erhalten. — Herrn Dr. *Z.* in Appenzell: Wir verdanken bestens die freundl. Zusendung, die uns sehr willkommen war. — Herrn Prof *D.* in Bern: Das betr. Referat wird in der nächsten Nummer erscheinen. Freundl. Grüsse.




Digitized by Google

Eisenbahn-Station Thun, Canton Bern. Auf Bestellung **Omnibus.**

BAD SCHNITTWEYER

(nach Meyer-Ahrens 2550 Fuss ü. M.).

Telegraphen-Bureau im 1/4 Stunde entfernten **Steffisburg.**

Erdige Stahlquelle mit reichem Gehalt an Bittersalzen (nach v. Fellenberg). In 4 verschiedenen Häusern Platz für 80 Personen. **Bäder und Douchen. Milch und Molken.** Indicirt bei **Chlorose** und **Anæmie; Brustkrankheiten; Rheumatismus; Nervenkrankheiten; Reconvalescenten** und **schwächliche Personen.** Geschützte Lage in einem auf drei Seiten von Wald umgebenen Thälchen. Grosse Mannigfaltigkeit der Spaziergänge.

Zu weiterer Auskunft ist bereit

Kurarzt:
Dr. J. Lanz in Steffisburg.

Der Eigenthümer:
C. Schmid-Gerber.

PREIS I. CLASSE:
GMUNDEN - PARIS - SIDNEY - BRISBANE - MELBOURNE - LUZERN.

Dennler's Eisenbitter

INTERLAKEN
(seit 1856 im Gebrauche).

In diesem Präparate findet sich die Aufgabe, **Eisen** mit **Amaris** und **Tonicis** wissenschaftlich richtig zu verbinden, auf rationellste Weise gelöst.

Seine Hauptvorzüge vor andern Stahlmitteln sind:

a. Das Eisen wird in leicht assimilirbarer Form als organisches Eisensalz eingeführt (Ferr. citric. 1,0 auf 300,0).
b. Rasches Heben der gesunkenen Verdauungsthätigkeit.
c. Keinerlei Belästigung des Magens und der Zähne.
d. Enthält absolut keine **Drasticas.**

Neben den gewöhnlichen Indicationen verdient dieser Eisenbitter ganz besondere Berücksichtigung im Stadium der **Reconvalescenz** und beginnender **Altersschwäche.**

Depotpreise an Apotheker in Originalflacons. Rabatt an selbstdispensirende Aerzte, Kliniken, Spitäler, Kinderasyle, Pensionate etc.

Detailpreis per Originalflacon von 300 grammes Fr. 2. —

Engelberg.

1019 Meter über Meer.

Hôtel Titlis — Hôtel Engel

ist seit 1. Juni geöffnet.

[H2403Q] *Ed. Cattani.*

Faulensee-Bad

Luft- & Milchkuren. **am Thunersee, Berner Oberland.** Mineralbäder. Douchen.

Analyse und **Wirkung** der Heilquelle ähnlich Weissenburg, Contrexéville, Lippspringe: **vorzüglich bewährt** bei **Brustkrankheiten, Rheumatismen, Blutarmuth, Nervenleiden. Reizende Lage (800 M. ü. M.,** 200 M. ü. d. Thunersee). Herrliche Fernsicht. Ausgedehnter Waldpark. Comfortable Neubauten. **Dampfschiffstation Spiez. Telegraph. Saison Mai** bis **October.** Kurarzt: **Dr. Jonquière.** Brochuren und Prospecte gratis durch die Besitzerin: **Familie Müller.**

[O.-H.-4246]

Ein soeben **diplomirter Concordatsarzt** sucht annehmbare Stellung in einem Luftcurort. Angebote an die Expedition d. Bl.

Assistenz-Arzt-Gesuch.

Auf ersten September d. J. wird die Assistentenstelle am Zürcher Kinderspital frei. Bewerber wollen sich gefl. melden an Prof. **Oscar Wyss** in Zürich, Riesbach.

Für Aerzte.

Eine **Landapotheke** ist billig zu verkaufen. Zu erfragen bei Frau Dr. **Werdmüller** in **Dombresson** (Neuchâtel).

Für Aerzte.

In einer bevölkerten Ortschaft des bernischen Jura ist eine Praxis mit über 10,000 Fr. jährlichem Verdienst, wegen Familienverhältnissen, abzutreten.

Frankirte Anfragen unter Chiffre **Z. F.** befördert die Expedition dieses Blattes.

Bienenberg.

Soolbad, Hôtel, Luftkurort.
Schweiz — Jura.

Pension
mit Frühstück, Table d'hôte, Nachmittagskaffee, Nachtessen und Zimmer
Fr. 5 — per Tag — Fr. 5

Hirudines,

prima ungarische, 50 Stück Fr. 4 incl. Emballage franco gegen Franco-Cassa, empfiehlt die Blutegelhandlung *C. Schleusener, St. Imier.*

Un médecin,

porteur d'un diplôme cantonal suisse, ancien interne des hôpitaux, attaché en particulier pendant plusieurs années à un service d'aliénés, cherche une place fixe dans un établissement privé ou un bain ouvert toute l'année, tout en se réservant de s'occuper de pratique privée pour son compte. Adresser les offres à Mess. **Haasenstein & Vogler à Berne sous: H-167-N.** [H 167 N]

Stelle-Gesuch.

Ein junger Arzt sucht eine Stelle als **Assistent,** sei es an einem Spital, einer sonstigen Heilanstalt oder bei einem ältern Arzt.

Gefällige Offerten vermittelt sub Chiffre H 2442 Z die Annoncen-Expedition **Haasenstein & Vogler in Zürich.**

Kurarzt-Gesuch.

In ein Hôtel ersten Ranges, in einer der gesundesten und schönsten Gegenden des Berner-Oberlandes, wird für die Sommer-Saison ein Kurarzt (wenn möglich unverheirathet) gesucht.

Schöne lohnende Praxis und freie Station wird garantirt. Derselbe könnte sich, wenn erwünscht, bei Erstellung einer neuen kleinen Pension finanziell betheiligen.

Gefl. Offerten sind unter Chiffre **H 754 Y** an die Herren **Haasenstein & Vogler** in **Bern** zu richten.

Dr. Albert Schædler,

seit 8 Jahren Badearzt von Pfäfers, hat sich als Badearzt in **Ragaz** niedergelassen.

Frische Kuhpocken-Lymphe

wird fortwährend abgegeben. Sorgfältige Auswahl der Thiere und exakte Behandlung. Preis Fr. 1. 50 per Canule.

Bestellungen nimmt entgegen
Schaffhausen, 27. Juni 1882.
Sekretariat der Sanitätsdirektion.

Bad Seewen.

Gotthardbahn-Station Schwyz-Seewen 5 Min.
Mineralbäder zum Rössli.

Eisenhaltige Mineral-, See-, Douche-Bäder und auf Bestellung **Sool-Bäder.** Billige Preise. **Prospecte über Einrichtung, Preise etc. gratis und franco.** Den Tit. Herren Aerzten empfehlen ihr altbekanntes Etablissement zu gütiger Beachtung bestens

Wittwe Beeler & Söhne.

Offen vom 7. Mai bis im October.

Dr. Erlenmeyer'sche Anstalt
für Gemüths- und Nervenkranke
zu Bendorf bei Coblenz.

I. Asyl für Gemüthskranke. II. Villa für Nerven- und Rückenmarkskranke. III. Colonie (landwirthschaftl. Anstalt) für Geisteskranke (Pflegeabtheilung).
Die 3 Abtheilungen sind vollständig von einander getrennt.
3 Aerzte. — Aufnahme zu jeder Zeit. — Besondere Prospekte für jede Abtheilung.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

// CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N° 14. XII. Jahrg. 1882. 15. Juli.

Zum 30. Juli.

Fortiter in re.

Die Ausübung unseres Berufes bringt uns Aerzten oft genug Momente, deren zwingende Verhältnisse unsere persönlichen Rücksichten schweigen heissen, zwingt uns doch zuweilen die unabwendbare Pflicht, scheinbar hart, grausam den mildernden Trost einer trügerischen letzten Hoffnung wenn nicht ganz zu zerstören, so doch zu einem wesenlosen Scheine zu machen. Da wird es unser Aller Bestreben sein, bei der entsetzlichen Wahrheit suaviter in modo zu bleiben.

Der 30. Juli, die **Abstimmung über das eidgenössische Seuchengesetz,** erlaubt uns keine solche Rücksicht. Wir stehen vor ihm als Aerzte, als die nächsten Vertheidiger eines Gesetzes, das einzig und allein und direct das Volkswohl zum Ziele hat. Sein Inhalt und seine Ausführung geben uns die erwünschte Gelegenheit, zu zeigen, dass es uns mit der breitesten und intensivsten Ausbildung der Hygieine, der Prophylaxe vor Krankheit, wirklich Ernst ist.

Sollten wir diese Prüfung nicht bestehen wollen?! Sollten wir vor dem Unverstande, vor der Böswilligkeit Eigennütziger entmuthigt zurückweichen, empört über allerlei Unbill erzürnt uns abwenden? Uns gar in dieser hochwichtigen Frage des allgemeinen Wohles, vor Allem aber des Wohles der Unbemittelten, deren bestes, ja einziges Gut, die Gesundheit, geschützt werden soll, vor dem banalen „Mundus vult decipi, ergo decipiatur“ unthätig in den Schmollwinkel zurückziehen?

Können wir feige zusehen, wie einer der Hauptgründe der Bildung unseres schweizerischen ärztlichen Centralvereines, wie das eidgenössische Seuchengesetz, von uns so oft und so eingehend besprochen und berathen und schliesslich als gelungen auf unsern Schild erhoben, in der trüben Fluth einer fanatischen und gewissenlosen Agitation versinkt?

Dürfen wir dann die mühsam gereifte Frucht zehnjähriger Arbeit, unserer

eigenen Arbeit, durch die hohlen Phrasen einiger bramarbasirenden Buhler um die Volksgunst und ihrer irregeleiteten Genossen ohne Widerstand vernichten lassen?

Nein! die Auffassung unserer Berufspflicht, wie sie unser Denken und Thun leitet, ist ja eine viel höhere, edlere. Wir suchen nicht den unterthänigen Dank der Leidenden und lassen uns auch nicht durch den Unverstand, die leidenschaftliche Verbissenheit, vom richtigen Wege abdrängen.

Vor der Abstimmung stehen wir aber auch als Bürger der democratischen Republik und wissen, dass in ihr gar oft die beste Sache verloren ist, wenn deren natürliche Träger unthätig die Hände in die Schooss legen.

Stehen wir kräftig und einsichtig, unentwegt und unverdrossen zu unserm Gesetze: rühret die Hände für die Annahme! Wir dürfen es reinen Gewissens, da aus der Annahme uns nur Arbeit, keineswegs aber persönlicher Nutzen entsteht.

Seien wir eine geschlossene Phalanx: die Umstände gebieten es. Ihr, die ihr vielleicht im Impfzwange nicht so weit gehen, und ihr, die ihr die prophylactischen Maassregeln auf viel weitere Krankheitsgruppen ausdehnen wolltet — viribus unitis fortiter in re, ist doch auch der Haufen der Widersacher gross und geeint.

Wir hoffen, alle Collegen bei der Annahme des eidgenössischen Seuchengesetzes thätig mitwirkend zu finden und wünschen mit ihnen im Interesse unseres Volkswohles den Sieg der gerechten Sache.

Original-Arbeiten.

Ueber Magenresection.

Nach einem Vortrag, gehalten in der Sitzung der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft des Cantons Zürich, den 15. November 1881

von Prof. Dr. **R. U. Krönlein.**

Hochgeehrte Herren Collegen!

In der Reihe der modernen Operationen, welche Dank der grossen Errungenschaften auf dem Gebiete der Wundbehandlung während des letzten Jahrzehnts den Kreis unseres chirurgischen Könnens so sehr erweitert haben, hat wohl keine so allgemeines Aufsehen erregt, wie die von *Billroth* zu Anfang dieses Jahres ausgeführte und glücklich geheilte Resection des carcinomatösen Pylorus. Nicht allein die ärztlichen Kreise hörten mit Staunen von dem neuen Triumphe der operativen Chirurgie; auch die politischen Tagesblätter bemächtigten sich leider mit Voreile der sensationellen Nachricht, wäre es auch nur gewesen, um den gelangweilten Leser das Gruseln zu lehren. So lange die von *Billroth* operirte Patientin lebte und sich wohl fühlte, hatte der kühne Operateur die Kritik nicht zu fürchten. Als sie aber dem wiederkehrenden Krebsübel erlag, als ferner mehrere weitere Pylorusexstirpationen rasch tödtlich endeten, wurde die Sache schon bedenklicher. Aus dem ärztlichen Lager ertönten Stimmen, welche die Operation für werthlos erklärten, ja, einzelne Vertreter der Tagespresse standen selbst nicht an, die Operateure, welche den Tod ihrer Operirten gewiss am meisten beklagten, als privilegirte Mörder zu erklären und Schmähung auf Schmähung zu häufen.



So stand die Sache damals, als sie zuerst in die Oeffentlichkeit trat und so steht sie auch noch heute, wo die Zahl der Pylorusexstirpationen, wie ich Grund habe anzunehmen, das erste Zehn bereits voll gemacht hat.[1])

Gestatten Sie mir, bei diesem Widerstreit der Ansichten, dass ich Ihnen an der Hand der bisherigen Erfahrungen und gestützt auf eine eigene Beobachtung meine Ansichten über den Werth und die Bedeutung der Exstirpation des carcinomatösen Pylorus kurz mittheile:

1) Ist diese Operation überhaupt gerechtfertigt; sind wir berechtigt, sie auszuführen?

Das Carcinom des Magens ist, wie Sie alle wissen, überaus häufig; ja nach der Statistik von *Marc d'Espine* und *Virchow* wird der Magen sogar von allen Organen des menschlichen Körpers am häufigsten von Carcinom befallen; denn nicht weniger als 34,9% aller Carcinome gehören dem erstern an. Von den verschiedenen Regionen des Magens wird wiederum am häufigsten, d. h. in 60% der Fälle (*Brinton* und *Luton*), der Pylorus von Carcinom befallen.

Das Magen- und speciell das Pyloruscarcinom ist aber nicht nur eine sehr häufig vorkommende Krankheit, sondern auch eine, die unter allen Umständen sicher und relativ rasch zum Tode führt. Der schöne Traum von der krebsheilenden Wirkung der Condurangorinde ist leider nur zu bald verflogen und die Terebinthina von Chios theilt mit diesem Mittel dasselbe Schicksal. Die Materia medica besitzt bis zur Stunde kein krebsheilendes Mittel, und wenn es uns also nicht gelingt, mit dem Messer den Pyloruskrebs zu exstirpiren und gründlich zu exstirpiren, so müssen wir auch heute resignirt bekennen, dass jeder Kranke mit Pyloruskrebs sicher und unaufhaltsam dem Tode verfallen ist. *Brinton* hat als mittlere Dauer der ganzen Krankheit 1 Jahr berechnet; doch kennt jeder erfahrene Practiker der Fälle genug, wo schon in wenigen Monaten das Pyloruscarcinom den Tod herbeigeführt hat.

Angesichts dieser traurigen Perspective kann es uns nicht Wunder nehmen, wenn schon vor einer Reihe von Jahren der Vorschlag gemacht worden ist, das Pyloruscarcinom mit dem Messer zu exstirpiren. Der erste diesbezügliche Vorschlag und die ersten Thierexperimente rühren von *Merrem* her (1810); doch wurde denselben später keine Folge gegeben, vielmehr *Merrem*'s Vorschlag entweder nur als Curiosum, als eine Verirrung oder, wie *Dieffenbach* sich ausdrückt, als ein Jugendtraum des damals noch jungen Autors betrachtet. Es war dies keineswegs zu verwundern. Denn von jeher galten die Operationen und ebenso die accidentellen Wunden des Magens als letale Verletzungen, obwohl glückliche Gastrotomien wegen Fremdkörper schon im 17. Jahrhundert ausgeführt worden waren. Am bekanntesten ist die im Jahre 1635 an dem Bauer Grünheide in Königsberg ausgeführte Gastrotomie. Dieser hatte ein 19 cm. langes Messer verschluckt und suchte Hülfe bei der Facultät in Königsberg. „Nachdem Gott der Allmächtige angerufen, wurde der Kranke auf ein Brett gebunden; der Decan bezeichnete mit

[1]) Wie oben bemerkt, wurde dieser Vortrag schon im November 1881 gehalten; seither sind eine Reihe weiterer Magenresectionsfälle bekannt geworden, auf die hier selbstverständlich keine Rücksicht genommen ist.



einer Kohle die Stelle für den Einschnitt, worauf der Wundarzt *Daniel Schwabe* mit einem Lithotom einen 4 Finger langen Schnitt eine Hand breit links vom Nabel führte." Die Details der Operation übergehen wir; genug, *Daniel Schwabe* extrahirte nach vollzogener Gastrotomie glücklich mit einer Zange das Messer und Bauer Grünheide genas.

Es ist Ihnen bekannt, dass in den letzten Jahren die Gastrotomie wiederholt und mit vollkommenem Erfolge ausgeführt worden ist und zwar wegen impermeabler Stenosen des Oesophagus (Narben oder Carcinom). *Verneuil*, *Trendelenburg*, *v. Langenbeck*, ich selbst u. A. haben diese zuerst von *Sédillot* im Jahre 1849 empfohlene Operation mit Glück ausgeführt und ich bin in der Lage, Ihnen die Photographie meines gastrotomirten 71jährigen Patienten nach geschehener Heilung zu präsentiren (das Bild wird demonstrirt).

Durch diese Operationen überzeugte man sich zunächst, dass die Gastrotomie keineswegs gefährlicher ist als jede andere Entero-Laparotomie, dass die Chancen der Heilung für diese Operation sogar sehr günstige sind.

Allerdings von der Gastrotomie zur Gastrectomie, zur Resection des Magens, war doch noch ein grosser Schritt. Und diesen Schritt gethan zu haben, ist zunächst das Verdienst von *Gussenbauer* und *Winiwarter* (1876), welche nachwiesen, dass Hunde den Eingriff gut ertragen. Noch weiter ging dann *Czerny*, der einem Hunde den g a n z e n Magen exstirpirte und insofern ein überraschendes Resultat erzielte, als der völlig magenlose Hund nicht nur am Leben blieb, sondern sogar noch erheblich an Körpergewicht zunahm.

Durch diese Thierversuche war wenigstens der Beweis geliefert, dass partielle, ja sogar totale Resectionen des Magens heilen und die betreffenden Operirten ungestört leben können, und es galt nur noch, diese Erfahrungen für den kranken Menschen zu verwerthen. Die günstigen Resultate, die mit der Gastrotomie und mit so vielen Enterectomien mittlerweile erzielt worden waren, rechtfertigten diesen letzten Schritt durchaus, zumal da man sich ja sagen musste, dass wir damit ein Leiden bekämpfen, das sonst unheilbar ist und das den Kranken einem traurigen, schmerzvollen und raschen Tod sicher überliefert. — Wir halten also den Versuch, den carcinösen Pylorus operativ zu beseitigen, nicht nur für gerechtfertigt, sondern auch experimentell nach allen Richtungen hin so gut vorbereitet, wie kaum eine zweite neue Operation.

Weder die Kehlkopfexstirpation, noch die Uterusexstirpation, noch die Nierenexstirpation ist, ehe sie am Menschen ausgeführt wurde, besser und sorgfältiger auf experimentellem Wege geprüft worden. Ich hebe dies hier besonders hervor, weil leider einzelne Tagesblätter sich nicht gescheut haben, ohne weitere Prüfung und ohne Verständniss dieser chirurgischen Frage den Operateuren den Vorwurf gewissenloser, frivoler Handlung in's Gesicht zu schleudern.

2) W e n n w i r n u n a u c h g l a u b e n, g e z e i g t z u h a b e n, d a s s d i e R e s e c t i o n d e s P y l o r u s e i n e d u r c h a u s g e r e c h t f e r t i g t e O p e r a t i o n i s t, s o h a b e n w i r d a m i t d o c h n o c h n i c h t d e n W e r t h d e r s e l b e n a l s e i n e r l e b e n s r e t t e n d e n O p e r a t i o n k l a r g e l e g t. Um darüber ein Urtheil zu gewinnen, lassen Sie mich Ihnen kurz die bis jetzt



von den verschiedenen Operateuren mit der Pylorus-Exstirpation erzielten Resultate anführen:

1) Fall von *Péan:* op. 9. April 1879: † am 5. Tage.
2) Fall von *Rydygier:* op. 16. November 1880: † nach 12 Stunden.
3) Fall von *Billroth:* op. 29. Januar 1881; Heilung.
4) Fall von *Billroth:* op. 28. Februar 1881; † am 8. Tage.
5) Fall von *Billroth:* op. 12. März 1881; † nach 12 Stunden.
6) Fall von *Bardenhewer:* op. 18. März 1881; † nach 26 Stunden.
7) Fall von *Wölfler:* op. 8. April 1881; Heilung.
8) Fall von *Krönlein:* op. 4. Juni 1881; † nach 24 Stunden.
9) Fall von *Czerny:* op. ? 1881; Heilung.

Also in Summa 9 Fälle.[1]) Davon starben bald nach der Operation 6 Fälle, während 3 heilten. Von den letztern lebt sicher zur Zeit (auch noch im März 1882) der *Wölfler*'sche Fall und zwar recidivfrei; ebenso der von *Czerny* Operirte; der erste *Billroth*'sche Fall dagegen starb 4 Monate später an Recidiv. —

So weit reichen also unsere bisherigen Erfahrungen. Von 9 Operirten starben 6, und von den 3 Geheilten ist zur Stunde nur ein Fall an Carcinomrecidiv gestorben, während die beiden andern Fälle (*Wölfler* und *Czerny*) noch leben und gesund sind.

Sind diese Erfahrungen geeignet, uns für die Operation zu begeistern? Nein! Sind sie aber dazu angethan, dieselbe als werthlos aufzugeben? ebenfalls Nein! Sie zeigen blos, dass die Operation gefahrvoll und schwierig ist, auf der andern Seite aber auch, dass sie einen verloren gegebenen Menschen, an dem bisher unsere ganze ärztliche Kunst als fruchtlos sich erwies, unter glücklichen Umständen vom Tode erretten kann.

Meine Herren! „Unsere Fortschritte gehen hinweg über Haufen von Leichen!" sagt *Billroth* irgendwo in einem seiner Werke, und der Chirurg, der sich fürchtet, jemals einen Kranken direct durch die Operation zu verlieren, dürfte das Messer ein für alle Mal aus der Hand legen müssen.

Ich hoffe, dass einst die Zeit kommen werde, wo auch die operative Behandlung des Magencarcinoms bessere Resultate aufweist als heute und ich erwarte diesen Fortschritt zunächst von einem innigen Zusammengehen der innern Medicin und der Chirurgie in dieser Frage sowie von der thätigen Unterstützung durch den pathologischen Anatomen. Denn das genaue Studium der bisherigen Operationsprotocolle und die Belehrung, die ich durch meine eigene Operation gewonnen, haben mir gezeigt, dass die Exstirpation des Pylorus zum grössten Theil unternommen worden ist in einem Stadium der Krankheit, wo jede Hülfe zu spät war, wo die Ausdehnung des Krebses, wäre sie erst erkannt worden, die Operation ganz gewiss contraindicirt hätte. Diese Individuen wären zwar voraussichtlich auch sonst bald ihrem Leiden erlegen — ihr Tod wäre aber nicht der Operation zugeschrieben worden!

[1]) Ausser diesen 9 Fällen sind noch mehrere Fälle beschrieben, bei welchen die Exstirpation des Carcinoms sich bei der Operation als unausführbar erwies und darum die Duodenotomie oder auch die Herstellung einer künstlichen Communication zwischen Magen und Jejunum (Gastro-Enterostomie) ausgeführt wurde.



Eine frühzeitigere Diagnose des Magencarcinoms, eine genauere anatomische Feststellung der Verbreitungswege und der Zeitdauer seiner Metastasen — das sind, glaube ich, die nothwendigen Bedingungen, um der neuen Operation Boden zu verschaffen und ihren bis jetzt noch zweifelhaften Werth sicherzustellen.

Die beste Illustration erhält diese Ansicht wohl durch meine eigene Beobachtung, die ich Ihnen kurz mittheilen will, dabei gleichzeitig die Technik schildernd, welche ich, nach dem Vorgange von *Billroth* und *Wölfler*, bei der Operation befolgt habe. [1])

Frau K, 54 Jahre alt, Hausfrau, Aussersihl, operirt am 4. Juni 1881; † 24 Stunden p. op. Immer gesund bis nach Neujahr 1880/81. Erst damals, also etwa vor 4 bis 5 Monaten, Magenbeschwerden; nur 2 Mal im Ganzen Erbrechen. Das Erbrochene bot nichts Auffallendes. Von da an nur flüssige Nahrung und dabei sehr wenig Magenbeschwerden. Vor 2 Monaten zum ersten Mal constatirte Pat. eine Geschwulst oberhalb des Nabels; damals taubeneigross und beweglich. Allmäliges Wachsthum; beginnende Abmagerung und beängstigendes Gefühl, durch das „Klopfen", d. h. Pulsiren der Geschwulst veranlasst. — Gemüthliche Depression. Pat. verlangt die Operation.

Als der Hausarzt der Kranken mich consultirte, hielt derselbe die Geschwulst für einen Carcinomknoten des Netzes, so beweglich war er, so gering auch waren die Magenerscheinungen. — Das Fehlen jeglichen peritonitischen Exsudats, die Lage des Tumors, das deutliche Pulsiren der Geschwulst veranlassten mich, mit Berücksichtigung der andern Erscheinungen, ein Carcinoma pylori zu diagnosticiren und mir die Frage der Operation vorzulegen. — Um sicher zu gehen, ersuchte ich auch noch College *Huguenin*, die Pat. zu untersuchen und auch verschiedene andere Collegen prüften gleichzeitig den Fall: wir Alle stimmten nicht nur in der Diagnose des Sitzes und der Art des Tumors überein, sondern hielten den Fall wegen der auffallend starken Beweglichkeit des circumscripten Tumors zu einer Operation für überaus günstig.

3—4 Querfinger nämlich über dem Nabel, in der Mittellinie, doch etwas mehr in's rechte, weniger in's linke Epigastrium hineinragend, war ein gut hühnereigrosser, höckeriger, harter Tumor durch die intacten Bauchdecken zu fühlen; nach rechts, links und oben leicht und in erheblicher (2 Zoll) Ausdehnung verschieblich, dagegen gar nicht nach unten. Auffallend starke Pulsation von der unterhalb liegenden Aorta fortgeleitet. Sonst keinerlei Tumoren; Leib schlaff; Magen wenig dilatirt; Leber nicht vergrössert, glattrandig, schmerzlos; Milzdämpfung nicht vergrössert. Die Untersuchung per vaginam ergibt nichts Abnormes. Urin ohne Eiweiss.

Vorbereitung zur Operation.

Abführmittel. Sorgfältige Auswaschung des Magens vor der Operation mit 10 Liter lauen Wassers. — Zimmertemperatur 20°. Im Operationssaal hatte zuvor $1^1/_2$ Stunden lang der Carbol-Dampfsprayapparat gewirkt. Einwicklung der Arme und Beine in dicke Wattehüllen, um Abkühlung zu vermeiden. Strengste Antiseptik.

1) Laparotomie. Querer, 12 cm. langer Schnitt auf der Höhe des Tumors über dem Nabel in der Mittellinie, doch etwas mehr nach rechts sich erstreckend. Schichtweises Eingehen. Eröffnung der Bauchhöhle in gleicher Ausdehnung.

In der Bauchwunde sieht und fühlt man den fast faustgrossen Pylorustumor, leider von viel grösserer Ausdehnung als man erwartet hatte und hinten fest fixirt an der Rückwand der Bauchhöhle.

Er erstreckt sich über die ganze Pars horizontalis superior duodeni, die also mitgenommen werden muss; ja noch darüber hinaus, bis zum Lig. hepato-duodenale, resp. dem Ductus choledochus. Hinten ist das Carcinom ganz mit der Rückseite verwachsen. Der Magen lässt sich daher vorerst nicht hervorziehen und es muss deshalb zunächst in der Tiefe der Bauchhöhle operirt werden.

2) Isolirung des Pylorus und Duodenum.

a) Ablösung des grossen Netzes an der grossen Curvatur, etwa 10 cm. weit, jeweils

[1]) Es ist hier zu vergleichen: *A. Wölfler*, „Ueber die von *Billroth* ausgeführten Resectionen des carcinomatösen Pylorus." Wien, 1881.



nach vorheriger doppelter Unterbindung des Netzes mit gekochter *Czerny*'scher Carbolseide.

b) Abtrennung des kleinen Netzes in derselben Weise, bis zum Lig. hepato-duodenale, wobei starke Aeste der A. gastro-duodenalis unter's Messer kommen.

Es war diese Arbeit und ganz besonders die Isolirung des Duodenum enorm schwer und einen Moment waren wir in der peinlichen Lage, es uns zu überlegen, ob wir die Operation überhaupt zu Ende führen sollten und könnten.

Endlich gelingt es, den Magen hervorzuziehen und extraperitoneal weiter zu operiren.

4) Durchtrennung der Magenwand im Gesunden von der grossen Curvatur aus mit der Scheere.

Ein Assistent comprimirt das Lumen mit den Fingern.

5) Durchtrennung des Duodenum im Gesunden; doch schon hier zeigt sich die weitergehende carcinöse Infiltration.

6) Occlusionsnähte des Magens, 15 Nähte.

7) Ringnähte, 20 Nähte.

Dann Toilette der Bauchhöhle; Alles ist rein, nirgends Blutung.

8) Bauchnaht, 14 Nähte.

Zeitdauer der Operation 3 Stunden.

Etwas Collaps. Aetherinjectionen.

4 Uhr: zweimaliges Erbrechen.

7 Uhr: 37,6 Temp., Puls 130,0. Weinklysticre.[1])

5. Juni: Collapsus (Shock) Mittags 1 Uhr.

Section: Carcinomatöse Infiltration der Gegend der grossen Gefässe (Aorta und V. cava), der Lymphdrüsen (retroperitoneal und im Lig. hepato-duodenale), Carcinom der Leber.

Die Magen-Duodenumnaht schliesst vollständig, wie die Wasserprobe zeigt. Keinerlei Reaction im Wundterrain.

Die Todesursache ist jedenfalls Collaps, Shock, in Folge der langen Dauer der Operation.

Was lehrt diese Beobachtung?

Der Fall war nicht operationstüchtig.

Dieser scheinbar so günstige Fall — er zeigte ausgedehntes Carcinom des Pylorus, des Duodenum bis zum Pancreas, der retroperitonealen Lymphdrüsen, der Leber!

Wir müssen also in der Diagnostik weiter kommen, sicherer werden, das Uebel früher erkennen.

Erst dann wird die Operation bessere Resultate geben.

Anosmie bei Hirndruck.

Von **H. Quincke** in Kiel.

Im Anschluss an den Artikel Neuritis olfactoria von *Huguenin* (Corr.-Bl. 1882, Nr. 9) möchte ich folgenden Fall mittheilen, den ich vor mehreren Jahren beobachtete und in der bisher unerfüllten Erwartung zurückgelegt hatte, analoge Beobachtungen hinzufügen zu können.

J. R., Uhrmacher, 21 Jahre alt, wurde im November 1876 bei einer Schlägerei mit einem Messer am Kopfe verwundet, ohne indess das Bewusstsein zu verlieren. Die

[1]) Die Krankengeschichte und Schilderung des Operationsverfahrens ist hier nur ganz kurz skizzirt. Der Vortragende erläuterte das letztere in ausführlicher Weise durch Tafelzeichnungen und Demonstration des genähten Magens.



Wunde heilte in 3 Wochen. Etwa 14 Tage später stellten sich Kopfschmerzen, auch hie und da Erbrechen ein; seit Ende Januar 1877 traten sehr schmerzhafte Krämpfe in allen Gliedern anfallsweise, aber ohne Bewusstseinsstörung auf. Ende April musste Pat. wegen zunehmender Kopfschmerzen die Arbeit aufgeben; auch stellte sich seitdem allgemeine Schwäche, Unsicherheit beim Gehen und Abnahme des Sehvermögens ein. Seit Mitte Juni besteht völlige Amaurose.

Bei seinem Eintritt in das Inselspital (28. Juni 1877) kann der für sein Alter unvollkommen entwickelte und etwas stupide aussehende junge Mensch nur mit Unterstützung stehen und gehen, hat offenbar Neigung nach hinten zu fallen; auch die Bewegungen der Oberextremitäten sind etwas schwach und unsicher, aber, wie auch im Gesicht, beiderseits gleich. Sprache langsam; Articulation und Schlingen gut.

Hautsensibilität intact. Lichtempfindung fehlt gänzlich, Pupillen mittelweit, reagiren auf Licht (auch gekreuzt), obschon wenig und träge. Die Augäpfel stehen leicht divergent, werden gut bewegt. Im Augengrund erscheint die Papille beiderseits vergrössert und verschleiert, die Venen stark gefüllt und geschlängelt, stellenweise unterbrochen. An der l. Papille finden sich capillare Hämorrhagien, rechts eine etwas ausgedehntere Trübung der Retina. G e r u c h auf beiden Nasenlöchern völlig aufgehoben. Geschmack, Gehör intact.

Patient hat fortwährend, auch im Bett, Schwindelgefühl und klagt über beständige Kopfschmerzen, besonders auf Scheitelhöhe und Stirngegend. Drücken und Beklopfen des Kopfes manchmal schmerzhaft. Zwischen linkem Tuber parietale und Mittellinie eine 2 cm. lange, dem Knochen nicht adhärirende Narbe; Druck auf dieselbe ist schmerzhaft und steigert (während eines Krampfanfalls) die Krämpfe.

An den Organen von Brust und Bauch nichts Abnormes nachzuweisen.

Während des Spitalaufenthalts bekam Patient etwa 10 Mal „Krampfanfälle“, die zum Theil klonische epileptiforme, anderemal mehr tonische waren (Beine gestreckt, Arme auf der Brust gekreuzt, Augen geschlossen); dabei ist das Bewusstsein vorhanden, Patient schreit vor Schmerz; der ganze Anfall dauert einige Minuten.

Im weiteren Verlauf der Krankheit änderte sich wenig. Das Auffallendste war ein ohne nachweisbaren Grund auftretender Wechsel in der Beschaffenheit des Harns, der bald sauer, bald alcalisch und durch phosphorsauren Kalk getrübt war.

In den letzten Lebenstagen war auch Druck auf die oberen Halswirbel schmerzhaft.

Am 13. Juli Morgens fand man den Kranken, der einige Stunden vorher einen leichten Krampfanfall gehabt hatte, todt im Bette.

Die S e c t i o n (Prof. *Langhans*) ergab eine Cyste im Kleinhirn, welche, vielleicht mit dem plexus chorioideus des IV. Ventrikels zusammenhängend, die Unterfläche des Wurms comprimirte, in die l. Kleinhirnhemisphäre hineingewachsen war, den Boden des IV. Ventrikels abgeplattet und diesen selbst erheblich ausgedehnt hatte. Ausserdem bestand bedeutende hydrocephalische Ausdehnung der drei vordern Ventrikel mit Verdickung ihres Ependyms, Abplattung der Hirnwindungen mit Verstrichensein der Arachnoidealräume. B e i d e tractus olfactorii, namentlich deren bulbi, sind sehr stark abgeplattet. Die Dura mater war stark gespannt, injicirt; an der Innenfläche des mit blutreicher Diploe versehenen Schädels osteophytische Auflagerungen.

An den Organen der Brust- und Bauchhöhle nichts Bemerkenswerthes. —

Während des Lebens hatte man in diesem Fall nur einen raumbeschränkenden Process im Schädel diagnosticiren können, eine Localdiagnose war nicht möglich gewesen; während die Neigung, nach hinten zu fallen, für eine Erkrankung der hinteren Schädelgrube sprach, schien die Localisation des Kopfschmerzes und die Geruchsstörung für einen Tumor der vordern Schädelgrube zu sprechen.

Die Section ergab die Cyste im Kleinhirn mit Druck auf dieses und den IV. Ventrikel. Ihrer Lage nach hatte sie sehr wohl durch Druck auf vena Galeni und aquaeductus Sylvii zu Hydrocephalus und Stauungsneuritis führen können, wenn auch ihr genauerer anatomischer Ursprung und noch mehr der Zusammenhang mit der Kopfverletzung zweifelhaft bleiben musste.



Sehr überraschend aber war die Abplattung und Verdünnung der tractus olfactorii; offenbar lag sie der Störung des früher vorhanden gewesenen Geruchvermögens zu Grunde. Von entzündlicher Verdickung der Pia, wie in dem *Huguenin*'schen Falle, fand sich hier nichts. Dagegen könnten die bei der allgemeinen Druckzunahme ebenfalls stark gespannten Vorderlappen direct die tractus olfactorii platt gedrückt haben, — vielleicht unter Mitwirkung irgend eines begünstigenden Umstandes, z. B. einer geringfügigen Abweichung der Knochenformation der Schädelbasis.

Eine zweite Möglichkeit wäre diese: Bekanntlich haben *Schwalbe* wie *Key* und *Retzius* Injectionsflüssigkeit vom Subarachnoidealraum bis in die Lymphgefässe der Nasenschleimhaut vordringen sehen; bei Erhöhung des intracraniellen Druckes könnten diese Lymphgefässe abnorm gedehnt sein und die peripheren nervi olfactorii auf ihrem Wege von der Nasenschleimhaut durch die Siebbeinplatte zum Bulbus an irgend einer Stelle comprimirt haben, so dass beim Fehlen peripherer Erregung oder in Folge aufsteigender entzündlicher Infiltration diese sammt den Tractus atrophirten. Es würde dieser Vorgang eine gewisse Analogie mit der Ausdehnung der Opticusscheide bei Druckerhöhung im Schädel haben und seine Seltenheit gegenüber letzterem Vorkommniss sehr wohl damit in Einklang stehen, dass bei Versuchen am normalen lebenden Thier zwar stets ein Flüssigkeitsaustausch vom Subarachnoidealraum nach der Opticusscheide, nicht aber nach der Nasenschleimhaut beobachtet wurde.[1])

Sei dem übrigens, wie ihm wolle, der beschriebene Fall zeigt mit grosser Wahrscheinlichkeit, dass doppelseitige Anosmie mit Abplattung der tractus olfactorii durch Druckvermehrung in der Schädelhöhle auch bei fern gelegenen Erkrankungsherden vorkommen kann.

Vereinsberichte.

XXV. Versammlung des ärztlichen Centralvereins in Zürich

Freitag, den 26. Mai, Abends und Samstag, den 27. Mai 1882.

Präsident: Dr. *Sonderegger*. Schriftführer ad hoc: Dr. *E. Haffter.*

(Fortsetzung.)

Der Morgen des 27. Mai sah die Jünger Aesculaps schon in aller Frühe nach den verschiedenen Kliniken pilgern und manch' Einer mochte lebhaft an die Zeit denken, da er als Bruder Studio um die nämliche Stunde den gleichen Weg so oft auch gemacht. Vieles ist seither bei jedem Einzelnen anders geworden; aber Studiosen sollen und wollen wir doch Alle bleiben und mit dem Aelterwerden das Lernen und Streben nicht vergessen.

Die klinischen Demonstrationen am Aerztetag verleihen demselben einen Hauptwerth. Dort holt sich der Arzt etwas Reelles, Positives; Winke und Erfahrungen, die er sofort in Praxis umsetzen kann und die sich gesehen viel besser einprägen als gehört. Deshalb hat sich's Ref. auch zur Aufgabe gemacht, den

[1]) S. *H. Quincke*, zur Physiologie der Cerebrospinalflüssigkeit. *Reichert* und *du Bois-Reymond*'s Archiv 1872.



Vormittag des 27. Mai möglichst genau zu besprechen; er möchte damit den vielen Collegen, die sich nie oder selten zur Theilnahme am ärztlichen Centralfeste entschliessen können, zeigen, wie viel Gold dabei in wenig Stunden zu holen ist und wie sie für den Zeitverlust und die geringe Reiseunbequemlichkeit so reichlich entschädigt würden.

Chirurgische Klinik:

Herr Prof. *Krönlein* bespricht 1) die operative Behandlung der vollständigen Epispadie und illustrirt sie durch Demonstration eines durch sein neues Verfahren gänzlich geheilten Falles. Statt der 4- und 5actigen Operation (nach *Thiersch*) braucht er nur 2 Acte:

a) Umwandlung der Eichelrinne in eine Röhre (nach *Thiersch*);

b) Umwandlung der Penisrinne in eine Röhre und Verbindung mit der erstern.

Neu und wichtig für das primäre Gelingen ist die Art des Nähens beim zweiten Acte: Nach bandförmiger beidseitiger Anfrischung der Haut längs der Schleimhautrinne bis zum Trichter werden erst die Schleimhautränder mit Catgut vernäht und so die Urethra gebildet; dann folgen entspannende feine Silber-Plattennähte, welche die Wundflächen der Haut einander adaptiren und schliesslich noch die Randnähte (Vernähung der Hautränder mit Seide). — Verweilcatheter.

2) In einer Reihe demonstrirter Schädelverletzungen (complicirte Splitterbrüche mit primärer Splitterextraction) erregte namentlich der Fall höchstes Interesse, bei dem Prof. *Krönlein* aus einer sehr heftigen und hartnäckigen arteriellen Blutung die Diagnose auf Verletzung der Art. meningea media stellte und dieselbe nach Entfernung verschiedener kleinerer und grösserer Fragmente des Scheitelbeines doppelt mit Catgut unterband. — Aseptischer Verlauf und Heilung.

3) Stichverletzung des Oberschenkels; starke arterielle Blutung, die erst steht, nachdem nicht nur die Art. femoralis, sondern auch die Art. und Vena profunda jeweils doppelt unterbunden sind. Daraufhin stellt sich feuchte Gangrän des Unterschenkels ein; durch ausgedehnte Spaltungen der gangränescirenden Weichtheile und offene Wundbehandlung wird die Mumification erzielt und die Abstossung des Gliedes bis auf die Durchsägung des Knochens der Natur überlassen. Heilung.

Bemerkenswerth war der aseptische Verlauf der Stich- und Operationswunde am Oberschenkel bei gleichzeitiger feuchter Gangrän des Unterschenkels.

4) Schussverletzung des Halses mit bedeutender primärer arterieller Blutung bis zur Ohnmacht. Die genaue Untersuchung der Wunde — 12 Tage post læsionem — ergibt: Splitterbruch des Unterkiefers; die Kugel sitzt plattgedrückt auf der Theilungsstelle der Carotis, welche nicht — oder vielleicht besser: nicht mehr — verletzt erscheint. Entfernung der Knochensplitter und der Kugel. Heilung; aber secundäre Entwicklung eines Aneurysma's an der Theilungsstelle. Dasselbe ist im Moment ca. halbhühnereigross und wird später noch weitere chirurgische Arbeit erheischen.

5) Demonstration eines Präparates, eine doppelte Durchstechung



der Carotis communis an der Theilungsstelle illustrirend. Patient wird erst am Tage nach der Verletzung vollständig exsanguis in die Klinik gebracht bei stehender Blutung, die nach Dilatation der Hautwunde wiederkehrt. Es wird erst die Carot. comm. central vom Stich unterbunden; aber die Blutung hört erst auf, nachdem auch Carot. ext. und cerebral., sowie thyreoidea sup. und occipitalis, die gerade von der Stichstelle abgehen, unterbunden und die letztere totaliter exstirpirt ist. Tod 24 Stunden post læs.

6) Es werden vorgezeigt 9 vollständig ausgeheilte Resectionen mit zum Theil wirklich brillantem functionellem Resultat. (Ellbogen 4, Fuss 2, Schulter 2, Hüfte 1.) Bei einer Patientin wurde bei der Fussgelenkresection auch der ganze Talus entfernt; Patientin geht jetzt bergauf und bergab ohne Beschwerde.

7) Schwere Trigeminusneuralgie; III. Ast; Neurectomie nach Trepanation des aufsteigenden Astes der Mandibula. Heilung.

8) Beidseitige schwere Trigeminusneuralgie; rechterseits durch Resection des II. Astes mittelst osteoplastischer Resection des Jochbeins *(Lücke)* geheilt. Doch wünscht *Krönlein* die immerhin entstellende osteoplastische Resection ersetzt durch die weniger verletzende *Wagner*'sche Operation mit Aufsuchen des Nerven in der Orbita und hat diese Operation auch auf der linken Seite der Patientin ausgeführt. Heilung.

9) Resection des accessorius Willisii wegen clonischer Sternocleidokrämpfe, ohne erheblichen Erfolg, weil auch die Nn. cervicales und die Rotatoren des Kopfes an den Krämpfen betheiligt sind, wie allerdings erst post. operat. zu eruiren war. Heilung prim. int.

10) Totale Laryngofissur wegen narbiger Stenose nach Perichondritis laryngea typhosa (Tracheotomie vor 1½ Jahren ausgeführt), mit sofortiger Anwendung der Laryngo-Trachealcanüle. Pat. ist von der Stenose geheilt und athmet — die noch bestehende Trachealfistel durch Heftpflaster fest geschlossen — Tag und Nacht per os. Es soll demnächst die Bronchoplastik folgen.

11) Offene Luxation des Fusses nach aussen; die Tibia steht 3 Zoll weit aus der Hautwunde heraus; malleolus int. abgerissen, am lig. laterale int. hängend; Fibula 4 cm. höher zersplittert. — Conservirende Behandlung ohne Resection! Desinfection; Reposition; abgerissener Malleolus durch Metallnaht mit Tibia wieder vereinigt. Drainage. Heilung.

12) Hochgradiger Fall von Genu valgum rechts; Genu varum links bei einem 19jährigen Burschen, der vor 5 Jahren eine Fractura femor. sin. erlitten; Fractur heilte mit geringer Verkürzung und Ausbiegung im Sinne des Genu varum. Vor 2 Jahren Beginn des Genu valgum dext. Vor 1 Jahr Beginn des Genu varum sin.

13) Pseudarthrosenoperation nach *Dieffenbach* am Unterschenkel; Zusammennageln der Fragmente mit 2 Elfenbeinstiften (7 Monate nach erlittener Fractur). Vollständige prima reunio unter einem Verbande — Consolidation.

Zum Schlusse ladet Prof. *Kr.* noch zur Besichtigung des Diphtheritiszimmers ein, in welchem 10 tracheotomirte Kinder lagen, und bemerkt bei

diesem Anlass, dass die Zahl der seit 1. April 1881 in der Klinik wegen Diphtheritis ausgeführten Tracheotomien 108 beträgt; Heilziffer 45% (49 Fälle), Mortalität 55% (59 Fälle).

Ophthalmologische Klinik.

Herr Prof. *Horner* stellte sich zunächst die höchst verdankenswerthe Aufgabe, einige Krankheitsformen zu zeigen, bei welchen dem practischen Arzte, nach richtig gestellter Diagnose, eine segensreiche Thätigkeit zusteht.

Der erste Fall war ein typischer Frühjahrscatarrh. Nach Darlegung seiner Symptome, seiner differentiellen Diagnose und günstigen Prognose, warnte *H.* namentlich vor der so häufigen Verwechslung mit granulöser Conjunctivitis (Trachom) und der damit zusammenhängenden Anwendung von Aetzmitteln, die nicht nur nichts nützen, sondern geradezu schaden können. Er empfahl Jodoformsalbe 1 : 15. — Der vorgestellte Patient bot besonderes Interesse wegen der gleichzeitigen Eruption einer ganz aussergewöhnlichen Menge kleiner Warzen auf der ganzen Stirne, und gab Gelegenheit zu einer Parallele zwischen der Haut- und Bindehautkrankheit. Zahlreiche microscopische Präparate illustrirten das Wesen der besprochenen Erkrankung.

An einer grössern Anzahl von Patienten konnten dann die schlimmen Folgen der Scleritis mit secundärer sclerosirender Keratitis gezeigt werden. Nach einem kurzen Exposé über die rheumatische acute Scleritis, welche häufig dem Natr. salicyl. rasch weicht, schilderte *Horner* die traurigen Folgen jener langwierigen Krankheit und berichtete über die relativ glänzenden Leistungen einer recht lange fortgesetzten internen Arsenikbehandlung (Solut. Fowleri, 6 Tropfen täglich, lange Zeit hindurch).

In dritter Reihe sprach *H.* unter Vorweisung eines einschlägigen Falles über das acute Glaucom und die Stellung des practischen Arztes bei frischem Anfall. Der Vortragende beklagte, dass diese Krankheit so oft den Quacksalbern in die Hände falle und dem Augenarzte nur noch das „Zu spät“ übrig bleibe. Nicht ohne Einfluss darauf sei, dass der Arzt glaube, nach gestellter Diagnose sofort von der Operation reden zu müssen und dadurch oft allzu grossen Schrecken verursache. Heute dürfe er mit gutem Gewissen erst 1—3 Tropfen einer ½%igen Eserinlösung einträufeln (ja kein Atropin, das geradezu contraindicirt sei und doch noch so häufig angewendet werde) und wenn sich nach 1—2 Stunden die Cornea heller und der Bulbus weicher zeige, getrost zuwarten und die Patienten unter fortgesetzter Anwendung von Eserin auf die nothwendige Operation vorbereiten. Die vorgestellte Patientin kam, am rechten, seit Anfang April erkrankten Auge erblindet, am linken nur noch mit Lichtschein (Finger wurden nicht gezählt) zur Klinik. Nach 14tägiger Anwendung von Eserin hatte sich auf dem rechten Auge ein Sehvermögen = $^{20}/_{50}$ ohne Operation eingestellt. Die Bedeutung des Eserins für die Operation, vor und nach derselben, schloss dieses Thema.

Endlich zeigte Prof. *Horner* noch eine Reihe von Präparaten eines Falls von Abreissung des Sehnerven oder genauer: von Herausreissung des Opticus aus dem Foramen scleræ, durch Stoss eines Bohnenstickels, der den Sehnerv in seinem Verlaufe von der nasalen Seite her traf, ganz nach aussen drängte und

schliesslich das Orbitaldach fracturirte. Die Präparate waren sowohl Durchschnitte durch den Papillenbezirk, als durch den Opticusverlauf.

Ein Fall von Fremdkörper in der Linse beendigte diese höchst interessanten klinischen Demonstrationen.

Kinderspital: Herr Prof. *Wyss* machte im Beisein einer Anzahl Collegen die Morgenvisite und zeigte bei der Gelegenheit die treffliche innere Einrichtung der schönen Anstalt. Um 9 Uhr fanden sich zahlreichere Gäste ein, für welche namentlich der Besuch des neuen Absonderungshauses für diphtheritiskranke Kinder (bestehend aus 5 Krankenzimmern, 3 Wärterinnenzimmern und einem nur für Tracheotomien bei Diphtherie bestimmten Operationszimmer) grosses Interesse bot. Nicht weniger das Chlorhaus (zur Desinfection von Menschen und Betten). Von Krankheitsfällen wurden demonstrirt ein Knabe mit Pseudohypertrophie der Muskeln und ein Mädchen mit Chorea electrica.

Psychiatrische Klinik im Burghölzli: Herr Prof. *Forel* stellte zuerst einen typischen Fall von Hysteria virilis bei einem 9jährigen Knaben vor (mit Sprachlähmung etc.). Nach einem Gang durch die Frauenabtheilung wurde im Laboratorium der Anstalt eine vollständige Reihe feiner microscopischer Querschnitte durch die ganze Länge des menschlichen Gehirns fortlaufend demonstrirt (mit dem *Gudden*'schen Microtom durch die Aerzte der Anstalt angefertigt). Mit Hülfe des sog. Pinakoscop's von Photograph Ganz (Projectionsapparat nach Grundsatz der Laterna magica) projicirte Prof. *Forel* einige dieser Gehirnschnitte. Durch einige Verbesserungen, die er an diesem Apparate anbringen liess (feingeschliffene Glasplatte statt Bausepapier zur Aufnahme der projicirten Bilder; Anwendung der *Hartnack*-Linsensysteme II, IV und VII) wird es möglich, an gut gefärbten Hirnschnitten sowohl die stark vergrösserten Ganglienzellen, als Achsencylinder und Markscheide der Nervenfasern einem grössern Zuschauerkreise direct auf der Glasplatte wie auf dem schwarzen Brett deutlich zu demonstriren. Für starke Vergrösserungen ist allerdings — wie Prof. *Forel* sagt — das Petroleum-Campherlicht des Herrn Ganz noch entschieden zu schwach und es wird an Verbesserungen gearbeitet.

Ein Spaziergang in dem herrlichen Park und ein Frühstück im Pavillon bildeten einen lieblichen und nicht schwer verständlichen Schluss zu den wissenschaftlichen Demonstrationen.

(Schluss folgt.)

Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.

Sitzung, den 17. Januar 1882, Abends 8 Uhr, bei Webern.

Präsident: Prof. *Pflüger*. Actuar: Dr. *Dick*.

Anwesend 18 Mitglieder.

1. Vortrag von Dr. *Roux*: Sur l'emploi du iodoforme en chirurgie.

C'est Mr. le Prof. *Mosetig* qui, le premier, a tenté méthodiquement de traiter les plaies par l'application directe de l'iodoforme et c'est à lui que revient tout l'honneur de la découverte.

Chacun admet que ce composé chimique doit son action antiseptique à la production d'iode libre, qui a été généralement trouvé dans les urines et la salive des malades, quelques heures déjà après le premier pansement. Il est intéressant de faire un rapprochement entre cette hypothèse et les résultats obtenus dernièrement par *Koch*, dans ses recherches sur les propriétés antibactérielles de solutions faibles d'iode.

L'iodoforme calme les douleurs des opérés, pour le moins autant que le pansement de *Lister*; il jouit en effet de certaines propriétés toxiques qui sont loin d'être sans inconvenient.

On doit reconnaître à l'iodoforme une action spécifique sur les bourgeons torpides, les fongosités et la tuberculose locale dans le sens le plus vaste de l'expression.

L'action à distance, „Fernwirkung" de *Mosetig*, n'est ni refusée ni prouvée.

La technique du pansement iodoformé est très simple. Irrigation à l'eau de fontaine; hémostase minutieuse; application de l'iodoforme dans tous les recoins de la plaie; gaze iodoformée; ouate; guttapercha ou imperméable quelconque et bande. Renouvellement du pansement après 3 à 8 jours ou 2 à 3 semaines. Les premiers jours il y a une élévation assez prononcée de la température. La secretion des plaies est minime. Sous l'influence de l'iodoforme il se produit très rapidement des bourgeons charnus de la meilleure apparence, aussi bien sur des surfaces ulcérées, des fongosités, que dans une plaie fraîche.

a) Pour les plaies infectées et ulcérées il faudra distinguer entre les „ulcères proprement dits" ou plaies à infection chronique ou spécifique et les plaies à infection aiguë et progressive.

Pour celles-ci l'iodoforme est insuffisant et il faut avoir recours à un désinfectant énergique.

Pour les ulcères on a de brillants résultats.

b) Dans le traitement de la tuberculose locale le pansement de *Mosetig* donne aussi d'excellents résultats.

c) S'il s'agit d'une plaie fraîche, après une opération par excellence l'iodoforme a l'avantage de pouvoir être employé dans tous les cas où le pansement de *Lister* ne peut être appliqué rigoureusement dans le voisinage des orifices naturels par exemple.

Le pansement de *Mosetig* donne aussi des guérisons per primam dans les cas qui s'y prêtent; mais il semble que la réunion définitive dure quelques jours de plus que sous le pansement phénique. L'iodoforme semble entraver quelque peu l'épidermisation des plaies où étaient les drains; à ce moment là on discontinue son emploi.

A plusieurs reprises on observa de la clinique de Berne des intoxications par l'iodoforme. Des symptômes cérébraux rappelant la folie étaient toujours ce qui frappait au premier abord chez ces malades. Ils disparaissaient après deux ou trois jours si l'on éloignait l'iodoforme. Tout dernièrement on remarqua chez deux personnes des hallucinations très prononcées, qui disparurent dès qu'on changea le mode de pansement.



Conclusions.

1. L'iodoforme change en bourgeons vigoureux les granulations torpides et nettoie promptement les ulcères.

2. Il jouit, grâce à la production d'iode probablement, de propriétés antiseptiques dont la durée compense la faiblesse relative.

3. Il suffit dans la plupart des cas à maintenir en état une plaie aseptique (on a cependant des érésypèles).

4. Le pansement iodoformé est le plus simple, le plus commode et le meilleur marché; il peut être appliqué par les laïques.

5. L'emploi d'objects de pansement autre que la ouate, la gaze, le caoutschouc est tout au moins superflu.

L'emploi de l'iodoforme est à recommander:

1. Pour la „tuberculose locale" dans toute l'étendue du terme.

2. Pour toutes les plaies où l'occlusion et le *Lister* rigoureux ne peuvent ou ne doivent avoir lieu, pour une raison ou pour une autre.

3. Pour tous les ulcères, de quelque nature qu'ils soient (comme agent curatif ou désinfection préalable).

4. Pour la policlinique et en général dans tous les cas où il s'agit avant tout de se débarasser des malades (en les guérissant), plutôt que de les guérir rapidement. Dès que le premier danger après l'opération est passé, on renvoie le malade avec une provision d'iodoforme.

5. En campagne: chaque soldat devrait avoir quelque peu d'iodoforme.

L'iodoforme dans la plaie est au contraire inutile et à rejeter:

1. Dans tous les cas, sans exception, où l'on est sûr que le *Lister* donnerait une prima.

Si l'on fait l'opération et la suture de la plaie comme dans la methode de *Lister* et qu'on applique seulement alors un pansement iodoformé, il va sans dire que cette contre-indication Nr. 1 n'a plus de raison d'être.

2. Dans tous les cas d'inflammation aiguë progressive, où il s'agit de désinfecter sûrement et promptement.

Discussion: Prof. *Kocher* erklärt sich völlig einverstanden mit der erschöpfenden Arbeit von Dr. *Roux*. Es ist interessant, die *Lister*'sche Wundbehandlungsmethode mit der Jodoformbehandlung zu vergleichen. Das Verdienst *Lister*'s liegt nicht in der Anwendung der Carbolsäure, sondern in der Methode der Anwendung derselben; gerade das Gegentheil gilt für das Jodoform. Dasselbe ist in Parallele zu stellen mit der *Lister*'schen Methode, wird aber dieselbe auch nicht verdrängen. Allerdings bietet das Jodoform grosse Vortheile, indem alle Wunden dasselbe gut ertragen, jedoch darf die Gefahr einer Intoxication nicht ausser Augen gelassen werden, da von *Kocher* mehrere Fälle von acuter Intoxication mit Delirien beobachtet wurden.

Jodoform an und für sich ist jedoch keineswegs das beste Antisepticum, das wir kennen; es ist im Gegentheil ein schwaches Antisepticum, dem Carbol und Chlorzink weit vorzuziehen sind; der Vortheil desselben liegt aber darin, dass es lange ohne Nachtheil auf Wunden applicirt und liegen gelassen werden kann;

daher namentlich bei Wunden anzuwenden, die nicht per primam intentionem heilen; für Wunden, die sofort heilen sollen, ist Carbol und Chlorzink am Platz.

Prof. *Müller* wandte bis dahin das Jodoform bei Wunden wenig an, hingegen häufig in der Intention, wie es von den Gynäcologen gegenwärtig sehr viel gebraucht wird, zur Beförderung der Resorption von Exsudaten und chronischen Entzündungen, doch tritt er darauf nicht näher ein. Prof. *Müller* berichtet über die Anwendung des Jodoforms in der Chirurgie, wie er sie im Herbste 1881 in Hamburg auf der Abtheilung von Prof. *Schede* sah; er erklärt sich einverstanden mit den gemachten Angaben und sah namentlich gute Wirkung bei schlecht aussehenden Wunden; besonders überraschend war die Wirkung der Jodoformbougies in Fistelgängen. Auch Intoxicationserscheinungen in Form von Geistesstörungen wurden beobachtet. *Schede* sah Temperatursteigerungen vom 2. und 3. Tage an, nach Weglassung des Iodoformes fiel die Temperatur sofort.

Dr. *Conrad*: sah leichtere Intoxicationserscheinungen bei Anwendung des Jodoforms in Mastdarmsuppositorien (0,3 pro die) wie Kopfschmerz, Aufregung, Herzklopfen, Schlaflosigkeit; namentlich auffällig war die Beschränkung der Secretion der Vagina bei Blennorrhœ nach örtlicher Jodoformapplication, es stimmt dies überein mit den von der Chirurgie gemachten Beobachtungen.

Dr. *Sahli* frägt, ob keine weiteren Intoxicationserscheinungen beobachtet worden seien, so namentlich die eigentlichen Symptome der Jodvergiftung.

Dr. *Dick*, der ebenfalls das Jodoform in seiner gynäcol. Praxis vielfach anwendet, sah niemals Intoxicationserscheinungen, die für Jodoform charakteristisch sind, also namentlich cerebrale Symptome, hingegen wurde ihm von zwei Patientinnen nach längerer Anwendung von Jodoformsuppositorien ad vaginam die Angabe gemacht, sie hätten Jodgeschmack im Munde; andere Erscheinungen von Jodismus wurden nicht beobachtet.

Prof. *Kocher*: es ist eigenthümlich, dass keine Jodintoxicationserscheinungen auftreten, sondern nur ähnliche wie bei Chloroform.

Prof. *Jonquière*: schon *Lugol* sprach von einem Jodrausch, doch in neuern Handbüchern der Arzneimittellehre finden wir keine derartigen Angaben mehr.

Prof. *Lichtheim*: wenn die Vergiftungssymptome des Jodes und Jodoformes so verschieden sind, so ist diess davon abhängig, in welcher Form die Stoffe im Organismus kreisen. Es ist trotz des grossen Jodgehaltes des Jodoforms noch lange nicht nothwendig, dass Jodsymptome auftreten müssen, da ja das Jodoform im Organismus vielleicht gar nicht gespalten wird oder diess erst in den Nieren stattfindet, wodurch die Jodreaction des Urines erklärt würde und das Nichterscheinen von Jodsymptomen seinen Grund in dem zu späten Auftreten des Jodes im Körper haben würde.

Dr. *Dubois*: sowie bei andern Medicamenten, so muss auch beim Jodoform die Individualität in Betracht gezogen werden, da ein Individuum leichter reagirt als ein anderes. *Dubois* sah auch beim Gebrauche von Jodkali Erscheinungen, wie sie *Lugol* als „ivresse jodique“ bezeichnete.

2. Dr. *Burckhardt* demonstrirt die transportablen Batterien von *Grell*, *Reiniger*, *Trouvé* und *Hasler*.



3. Dr. *Dubois* demonstrirt zwei grosse Gallensteine, aus Cholestearin bestehend, die durch den Stuhl abgegangen sind; dieselben sind so gross, dass sie durch die natürlichen Gallenwege nicht abgegangen sein können; auch sprechen vorausgegangene entzündliche Erscheinungen dafür, dass eine Verlöthung und nachherige Perforation in den Dünndarm stattgefunden hat.

Prof. *Kocher* bemerkt, dass der kürzeste Weg der Behandlung die Cholecystotomie sei.

Prof. *Lichtheim* tritt der Ansicht von *Kocher* entgegen, dass eine Operation von vornherein unbedingt indicirt sei, da es gewöhnlich die kleinen Steine sind, die erhebliche Erscheinungen und Beschwerden machen; diese können nun leicht selbst abgehen oder sind mit Sicherheit zu schwer zu diagnosticiren, als dass man eine derartige schwere Operation von vornherein wagen könne; die leichter zu fühlenden grossen Steine machen aber meist keine Beschwerden und sind desshalb auch nur ausnahmsweise operativ zu entfernen. Gegenüber Dr. *Dubois* bemerkt Prof. *Lichtheim*, dass auch grosse Steine durch die natürlichen Wege abgehen können, wie eine Beobachtung von *Frerichs* lehrt.

Referate und Kritiken.

Die topographische Percussion im Kindesalter.

Von Dr. *H. Sahli* in Bern.

Bern, 1882. Verlag der J. Dalp'schen Buch- und Kunsthandlung.

Der Verfasser bespricht zunächst in einem einleitenden allgemeinen Theil die anatomischen Verhältnisse des normalen kindlichen Körpers, Körperlänge, Brust- und Bauchumfang, Dicke der Thorax- und Bauchwandungen, Breite und Länge des Sternums, Lage der Mammilla und des Nabels. Er reiht hieran die Betrachtung der physiologischen Asymmetrien sowie der pathologischen Thoraxformen.

Ein zweites Capitel ist der vergleichenden und der topographischen oder Grenzpercussion gewidmet. Die von der Lage benachbarter Organe unabhängigen physiologischen Schalldifferenzen über den Lungen, der Einfluss pathologischer Thoraxformen, der Muskelspannung und der Stellung des untersuchten Kindes auf die Intensität des Percussionsschalles, finden hier eine ebenso eingehende als klare Besprechung.

Der dritte Abschnitt des allgemeinen Theiles handelt von der Methodik und Technik der Kinderpercussion. Der Verfasser gibt hier als willkommene Beigabe die Beschreibung eines nach seiner Angabe construirten, eine möglichst objective und constante Percussion ermöglichenden, für vergleichende Specialuntersuchungen zweckmässigen Percussions-Instrumentes. Practisch sehr verwerthbar sind ebenfalls die in Abbildungen beigefügten Körperschemata zur Einzeichnung der durch die Percussion erhaltenen Situsbilder.

Der jetzt folgende specielle Theil der Arbeit bestimmt auf der Basis sehr eingehender und möglichst vollständiger Literaturstudien, gestützt auf eine grosse Zahl eigener Untersuchungen, die Grenzen der für die Percussion zugänglichen Thorax- und Abdominal-Eingeweide. Zur Controle seiner Percussionsergebnisse bediente sich der Verf. in einzelnen zur Autopsie gelangten Fällen der Gefrier- und Injectionsmethode, der Fensterausschnitte und Nadelfixation. Als in seiner selbstständigen Bearbeitung besonders gelungen darf das Capitel über die Situsbestimmung des Herzens hervorgehoben werden. Die von *Sahli* der sogenannten grossen Herzdämpfung bei Kindern zuerkannten Grenzlinien kommen der von *Rauchfuss* und *Wiel* angenommenen Herzfigur am nächsten. Es mag hier noch bezüglich der oft ventilirten Frage des passiven Lagewechsels der kindlichen Herzdämpfung erwähnt werden, dass *Sahli* die oberflächliche Herzdämpfung bei

Seitenlagerung selbst sehr kleiner Kinder nach denselben Gesetzen wie beim Erwachsenen, die tiefe Herzdämpfung dagegen bei Lagenwechsel unverschieblich fand. Beim Uebergang von der liegenden zur sitzenden Position konnte er beim Kinde weder an der tiefen noch an der oberflächlichen Dämpfung eine Veränderung nachweisen. Es stimmt dies mit den von *Wiel* für den Erwachsenen gefundenen Verhältnissen überein.

Leider gestattet uns der kurz zugemessene Raum dieses Referates nicht, auf die Einzelnheiten dieser mit grosser Sachkenntniss und Gewissenhaftigkeit ausgeführten, verdienstvollen Arbeit näher einzugehen, und empfehlen wir deshalb das Studium derselben unseren verehrten Herren Collegen, namentlich dem practischen Arzte, auf das Wärmste.

Druck und Ausstattung des kleinen Werkes sind durchaus befriedigend. Der sehr mässig angesetzte Preis macht dasselbe Jedem zugänglich. *Demme.*

Die Medicin der Gegenwart in ihrer Stellung zu den Naturwissenschaften und zur Logik.

Von Dr. *Wernich* in Berlin. Berlin, bei G. Reimer, 1881.

Der durch seine geographisch-medicinischen und parasitologischen Studien vortheilhaft bekannte Verf. legt in dem 52 Seiten enthaltenden, vorzüglich geschriebenen Schriftchen seine Gedanken über das obige Thema nieder. Er macht vor Allem darauf aufmerksam, dass der Arzt denken müsse, was durchaus nicht so selbstverständlich ist, als es scheint, und zeigt sodann, wie er denken sollte. Wir erfahren dann des Verf. Ansichten über die frühere und die gegenwärtige Medicin auf naturwissenschaftlichem Standpuncte, über medicinisches Studium, medicinisches Examen, Specialistenthum, ärztliche Praxis überhaupt, ärztliches Vereinsleben, medicinische Literatur und Presse, die der Reihe nach besprochen, deren Mängel und Schwächen oft recht drastisch geschildert, zu deren Besserung aber auch die Mittel und Wege angegeben werden. Es wird Mancher über diese und jene Seite der Medicin etwas anders denken, als es gerade der Verf. thut, er wird aber in recht Vielem mit demselben übereinstimmen müssen; wieder Andere werden wichtige Beziehungen des Gegenstandes als nicht genügend hervorgehoben vermissen. Jeder aber, dem seine Wissenschaft und sein Beruf als etwas Höheres gelten, denn als Mittel des Erwerbes und Unterhaltes, wird sich freudig an des Verf. Seite stellen, um mit ihm für die Erhaltung ihrer Würde und ihrer ideellen Bedeutung zu denken und zu streiten. *L. Wille.*

Ueber die Krankheiten des Processus vermiformis und des Cœcum und ihre Behandlung nebst Bemerkungen zur circulären Resection des Darms.

Von *Kraussold.* (*Volkmann*'s Sammlung klinischer Vorträge.)
Leipzig, Verlag von Breitkopf & Härtel.

Hauptzweck des Aufsatzes ist: „zu beleuchten, dass und in welcher Weise sich die operative Chirurgie an der Behandlung des Krankheitsbegriffes betheiligen soll, den wir Perityphlitis zu nennen gewohnt sind.“ Es werden hiezu gerechnet oder damit verwechselt: Krankheiten des Wurmfortsatzes, des Cœcums und seines Zellgewebes, der Fossa iliaca, sogar des Parametriums, seltener des Beckens oder der Wirbelsäule.

Verf. widmet vor Allem der, nach seiner Ansicht zu wenig bekannten, Anatomie des Wurmfortsatzes eine ausführliche Darstellung mit verschiedenen Zeichnungen. Folgt Aetiologie, Symptomatologie, Verlauf, Differentialdiagnose und Therapie der Perityphlitiden. Sobald man sich durch die Palpation, durch die Art des Verlaufs etc. überzeugt hat, dass Eiter da ist, so gilt für diese Abscesse mehr als für andere der alte Satz: „Ubi pus, ibi evacua.“ Der gar nicht seltene und meist willkommene spontane Durchbruch in den Darm ist ein K u n s t f e h l e r, nicht der Natur, sondern der Behandlung, da der Kranke ebenso lange der Gefahr der Perforation in die Bauchhöhle ausgesetzt war. Selbstverständlich hat die, unter Umständen in frühern Stadien allerdings schwierige, Operation unter strenger Antisepsis zu geschehen. Meist entleert sich reichlicher Eiter und gewöhnlich geht die Heilung rasch voran. Langsam dagegen ist die Reconvalescenz in den Fällen, wo früher oder später ein Durchbruch des Darms nach aussen eingetreten, und am schlimmsten sind die Aussichten, wenn zwar Fieber und Schmerzen schwinden, aber die Geschwulst noch Wochen und Monate bestehen bleibt; hier liegt der Gedanke an eine Neubildung nahe, und gegen dieses Leiden war die Therapie bis vor Kurzem ohn-



mächtig; erst die von *Gussenbauer* angegebene circuläre Resection des Darms hat auch in dieses düstere Gebiet einen Hoffnungsstrahl schimmern lassen. Die genaue Beschreibung einer derartigen Operation, ausgeführt wegen Carcinom des Cœcum, bildet den Schluss des lehrreichen Vortrags. *Mähly.*

Lehrbuch der physicalischen Untersuchungsmethoden innerer Krankheiten.

Von Dr. *Hermann Eichhorst.* 1. Theil mit 102 Abbildungen in Holzschnitt; 2. Theil mit 71 Abbildungen in Holzschnitt und einer Farbentafel. Braunschweig, 1881. 8°.

Aus Wredens Sammlung kurzer medicinischer Lehrbücher Band II und III.

Wie leicht wird jetzt doch das Lernen gemacht! Ich denke daran, wie armselig es mit der Literatur über dieses Gebiet vor 20 Jahren bestellt war. Solche Bücher, wie das vorliegende, gab es gar nicht. Was hier geordnet vorliegt, war entweder noch gar nicht in diesem Zusammenhang Gegenstand der Darstellung gewesen, oder in den verschiedensten schwer zugänglichen Werken versteckt. Beim „Anblättern" dieses Buches wird man recht deutlich den Fortschritt der Lehrmethode gewahr, das Wissen zu verbreiten und die Ergebnisse der Beobachtung anschaulich zu machen. Da rückt z. B. erst die ganze Schaar der Curven an, weisse Linien auf schwarzem Grund, wie sie die Tagesdifferenz der Fieber malt; oder Pulse vom normalen durch alle Varianten bis zum Pulsus paradoxus. Die Topographie der Brust- und Baucheingeweide wird in diesem und in ähnlichen Werken besser und eingehender abgehandelt, als in den anatomischen Lehrbüchern. In dem vorliegenden Werke ist in der That gar nichts gespart, um das Verständniss mit allen Mitteln zu fördern.

Die Abbildungen sind ausserordentlich klar und deutlich, ihre erklärende Wirkung wo immer nothwendig durch Farben erhöht.

Der 1. Theil (30 Bogen) enthält die Untersuchungen von Temperatur, Puls und Respirationsorganen, der 2. Theil (22 Bogen) die Untersuchung des Circulationsapparates und der Abdominalorgane. Es liegt somit hier ein kurzgefasstes Lehrbuch vor, das ein getreues Bild von dem gegenwärtigen Stand dieser medicinischen Disciplin gibt und ihn gut geschrieben und leicht verständlich darlegt. *Kollmann.*

Compendium der practischen Medicin.

Von *C. F. Kunze.* 7. Aufl. Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke, 1881.

Von den von *Kunze* redigirten Lehrmitteln zum Studium der practischen Medicin — Grundriss, Compendium, Lehrbuch — tritt das Compendium in 7. Auflage vor das ärztliche Publicum als dasjenige, welches den grössten Erfolg gehabt hat. Der Inhalt ist üblichermaassen in die bekannten Capitel geordnet. Aber die Beschreibung jeder Krankheit im Speciellen ist von der landläufigen Art abweichend. Sie beginnt zumeist mit der pathologischen Anatomie als der Grundlage zur Erklärung der Symptome, lässt dann die Diagnose folgen und schliesst mit der Therapie. Seltener wird sie eröffnet mit einer Definition der Krankheit, mit Pathogenese oder Aetiologie, wo diese besonders wichtig sind. Die pathologische Abweichung resultirt aus den causalen Momenten, und deshalb ist die Aetiologie gleich bei der Anatomie abgehandelt; oder sie wird bei der Therapie berührt, wo sie von hoher Wichtigkeit für dieselbe ist. Wenn dann freilich Verfasser so weit geht, dass er die Syphilis bei den Geschlechtskrankheiten unterbringt, so erscheint uns das ätiologische Princip doch allzu scharf in den Vordergrund versetzt. Die Diagnose bildet den Mittelpunct der Darstellung, sie fasst die Symptome, den Krankheitsverlauf, die prognostischen Daten u. s. w. in sich, und ist namentlich auf den Werth einer präcisen Differentialdiagnose besondere Rücksicht genommen. Freilich fällt dabei der Verlauf der Krankheit gelegentlich etwas zu kurz aus; es führt dies z. B. zur Omission des Aspermatismus und der Azoospermie, Symptome zwar dunkler Krankheiten, deren Namen aber deswegen schon irgendwo müssen angeführt werden, damit man nicht versucht werde, sich puncto Sterilität allein im Capitel über Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane Raths zu erholen. Bei besonders wichtigen Krankheiten, z. B. Abdominaltyphus, tritt dann freilich Verfasser aus seinem Schema heraus. Durch diese Art der Bearbeitung hat Verfasser seinen Zweck, compendiöse Kürze, glücklich erreicht; die Kürze aber lässt uns den durch jene hervorgerufenen Mangel an Uebersichtlichkeit ganz übersehen.

Die Bearbeitung der einzelnen Capitel ist gelegentlich brillant, z. B. das Bild des Morbus Brightii; immer ist sie klar, übersichtlich, abgerundet. Manche Capitel erscheinen etwas zu ausführlich; so erhält z. B. der Tripper neben Schwindsucht, Typhus und Syphilis den grössten Raum, und die Abhandlung seiner Therapie ist neben derjenigen der Syphilis wohl die längste des Buches. Der individuelle Standpunct des Verfassers ist überall ersichtlich, vornehmlich bei der Therapie. So z. B. bietet der Tripper der Frauen dieselben Symptome wie der des Mannes, d. h. es ist im Wesentlichen ein Harnröhrentripper, die Blennorrhœen der adjacenten Organe sind nur accessorisch; er wird auch demnach behandelt, den Vaginaltripper heilt der Verfasser mit 1—2 Einspritzungen. Im Allgemeinen ist der Verfasser ein Freund energischen therapeutischen Handelns. Digitalis ist in Zweigrammdosen pro die sehr beliebt; bei Delirium tremens ohne und mit Pneumonie 1 Theelöffel voll Tinctura thebaïca, event. in 1 oder 2 Stunden wiederholt. Den örtlichen und den allgemeinen Blutentziehungen räumt der Verfasser eine bedeutend wichtigere Stellung ein, als ihnen in den letzten Jahrzehnten gewährt wurde; Blutegel (bei Orchitis zu 6—8 direct an's Scrotum) und Aderlass ziehen sich wie ein rother Faden durch das Buch. Daneben sind aber die diätetischen und hydrotherapeutischen Maassnahmen keineswegs vernachlässigt; bei Masern vermissen wir die Anwendung des Wassers in seinen verschiedenen Formen bei excessivem Fieber und Bronchialcatarrh, *Kunze* hilft sich mit $^1/_2$ grmm. Chinin tagüber verzettelt und greift zu den Abführmitteln.

Eingeschaltet sind die Erkrankungen der weiblichen Genitalien im puerperalen Zustand und die 5 wichtigsten Vergiftungen; auch einige Hülfsmethoden zur Untersuchung, z. B. die Harnuntersuchung, sind kurz wiedergegeben.

Schliesslich brauchen wir keinen speciellen Abschnitt über die Prognose für das Buch hinzuzufügen; sie ergibt sich zur Genüge aus dem Titel: „7. vielfach umgearbeitete und vermehrte Auflage.“ Die F. Enke'sche Verlagshandlung hat dem Werke ein hübsches und passendes Gewand gegeben. *D. Bernoulli.*

Ueber die Neuropathien (Neurosen) des männlichen Harn- und Geschlechtsapparates. Von Dr. *R. Ultzmann*, Docent an der k. k. Universität und Abtheilungsvorstand der allgem. Poliklinik in Wien. (Separatabdruck aus der Wiener Klinik.) Wien, 1879. Urban & Schwarzenberg. 46 S.

In das Dunkel, das namentlich in therapeutischer Beziehung über den Neurosen des Uro-Genitalapparates liegt, sucht Verf. durch vorliegende Schrift einiges Licht zu bringen.

Die Ursachen dieser häufigen Zustände sind nach *U.* sowohl locale (chron. Gonorrhœ, chron. Hyperæmien der Prostata und der Ductus ejacul. in Folge vener. Excesse), als allgemeine (besonders geistige Ueberanstrengungen). Der Urin der mit diesen Neurosen Behafteten bietet zuweilen charakteristische Kennzeichen (einfache Polyurie, vorübergehende Glycosurie, temporäre alcalische Reaction, Indicangehalt, Oxalurie etc.).

U. unterscheidet Sensibilitäts-, Motilitäts- und Secretionsneurosen.

Zu der erstern Gruppe gehören die Hyperæsthesie und Neuralgie der Urethra und Blase, meist verursacht durch lang dauernde Gonorrhœ. Behandlung: warme Sitz- und Vollbäder, warme Klystiere und locale Behandlung der pars prostatica durch adstringirende Injectionen (Zinc. sulf. 0,5—4%) mittelst des von *U.* angegebenen Spritzencatheters.

Im Bereiche der Genitalorgane äussern sich die Sensibilitätsstörungen hauptsächlich unter dem Bilde der nervösen oder psychischen Impotenz. Diese findet sich hauptsächlich bei jüngeren, durch Excesse in venere oder geistige Ueberanstrengungen erschöpften Individuen, als ungenügende Erection und præcipitirte Ejaculation. Die Prognose ist günstig, die Behandlung hauptsächlich eine psychische, daneben Roborantia, Bromkali, beruhigende Hydrotherapie. Obenan stellt aber *U.* die locale Behandlung, wobei er der Galvanisation die vom Rectum und vom Penis ausgehende Faradisation vorzieht. Bei häufigen Pollutionen tritt an Stelle der Electricität die Einführung von Bougies oder der von *Winternitz* empfohlenen Kühlsonde (Psychrophon). Innerliche Aphrodisiaca sind gänzlich zu verwerfen.

Unter den Motilitätsneurosen der Harnorgane ist der oft eine Strictur vortäuschende Krampf des Sphincter vesicæ zu erwähnen, meist erzeugt durch krankhafte Veränderun-

gen der pars prostatica. Er äussert sich in erschwerter, langsamer, anfangs oft nur tropfenweise vor sich gehender Urinentleerung. Zur Untersuchung wie zur Behandlung werden dicke cylindrische Metallsonden empfohlen, welche bei einigem Zuwarten und sanftem Andrücken leicht einzuführen sind.

Bei der Behandlung der Urinretention in Folge von Blasenlähmung gibt *U.* den Rath, beim ersten Catheterismus die Blase nicht gleich vollständig zu entleeren, um eine zu stürmische Reaction zu vermeiden.

Die Enuresis nocturna, nach *U.* auf einer mangelhaften Innervation des Sphincters beruhend, wird am besten mittelst localer Faradisation behandelt. Der eine Pol, ein bleistiftdicker, 7 ctm. langer Kupfercylinder, wird in's Rectum eingeführt, der andere, mit Schwamm armirt, an den Damm oder in die Glutæalfalte gesetzt und ein mässig starker Strom alle 2 Tage je 5—10 Minuten lang durchgeleitet. Dauer der Behandlung 4—5 Wochen.

Die Pollutionen und die sogen. Spermatorrhœ sind Ausdruck einer Motilitätsneurose der Genitalsphäre (Krampf der Musculatur der Samenblasen und Erschlaffung der Ductus ejaculatorii), hervorgerufen durch Onanie, sexuelle Excesse, chron. Gonorrhœ, durch welche eine chronische Hyperæmie und Hyperæsthesie der pars prostatica unterhalten wird. Mit Recht wird die grosse Mannigfaltigkeit der durch dieses Leiden hervorgerufenen Störungen im Gesammtnervensystem betont. Zur Behandlung wird neben den allgemeinen diätetischen Maassregeln Bromkali und Ergotin sowie die Galvanisation mit schwachen Strömen vom Kreuz und Damm aus empfohlen. Das Hauptgewicht legt *U.* in hartnäckigen Fällen aber auf die locale Behandlung der erkrankten pars prostatica mittelst Einführung dicker Bougies und der Kühlsonde und Application von Adstringentien durch den Spritzencatheter oder *Dittel*'s Porte-remède.

Weniger bedeutungsvoll sind die secretorischen Neurosen, als deren wichtigste die Prostatorrhœ beschrieben wird.

Einer weiteren Empfehlung dieser kleinen Schrift bedarf es kaum. Wer öfter die erwähnten Krankheiten zu behandeln in den Fall kommt, wird sich, wie dies auch Ref. gethan, in der Therapie gerne und mit Erfolg den Vorschriften des Verf. anschliessen.

Münch.

Das Verhältniss der Gelenkkapseln zu den Epiphysen der Extremitätenknochen.

An Durchschnitten dargestellt von *v. Brunn*, Prosector und Docent in Göttingen.
Mit 4 Tafeln. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel, 1881. 26 S.

Die Chirurgie hat ein besonderes Interesse an dem Verhältniss der Gelenkkapseln zu der Grenze von Epi- und Diaphysen an den Extremitäten. Bei Lösungen der Epiphysen durch äussere Gewalt oder durch Erkrankungen der Knochen handelt es sich stets um die Frage, ob die betreffende Gelenkhöhle eröffnet wurde. *v. Brunn* hat nun durch gute Abbildungen in natürlicher Grösse das Verhalten des jugendlichen Körpers nach diesen Seiten hin erläutert und damit einem bestehenden Mangel abgeholfen. Gerade gute Darstellungen waren ein Desiderat, um die Untersuchungen von *Uffelmann*, *Schwegel* u. A. zu vervollständigen. Durch Vergleichung zahlreicher Präparate scheint ein wichtiges Ergebniss gewonnen: das Verhältniss der Kapsel zum Epiphysenknorpel ist von der Zeit an, wo die Diaphyse ihre volle Ausbildung erlangt hat, bis zu dem Augenblick der Verschmelzung stets das Gleiche. Die von den einzelnen Gelenken abgebildeten ältesten Stadien bleiben also bis zur Wachsthumsvollendung erhalten. *Kollmann.*

Cantonale Correspondenzen.

Appenzell. 109. Versammlung der Gesellschaft appenzellischer Aerzte beider Rhoden. Mit grösstem Vergnügen wollen auch wir Appenzellerärzte die Spalten Ihrer werthgeschätzten Zeitung benützen, um wieder einmal unsern lieben Schweizer-Collegen Kenntniss von unserm Leben und Treiben zu geben. Bildet doch das Corr.-Bl. auch unter uns ein liebes, gern gesehenes Bindeglied, und sind auch wir, trotz aller Misère des alltäglichen Lebens und trotz gerade in jüngster Zeit reichlich erlittener Un-

bill und Missachtung unserer Bestrebungen dennoch allezeit freudig bereit, unsere Kräfte einzusetzen zum Wohle der leidenden Menschheit.

Die 109. Versammlung der Gesellschaft appenzellischer Aerzte beider Rhoden fand statt den 22. Mai 1882 auf der sonnigen Höhe von Vögelinseck, dem classischen Puncte in der Geschichte unserer Freiheit. Dieselbe, von 16 Collegen besucht, wurde eröffnet durch eine Arbeit unsers verdienten Vereinspräsidenten Dr. med. *Kürsteiner* in Gais, betitelt: „Das Epidemiengesetz auf der Waage des Impfzwangs", eine Arbeit, die ebenso sehr durch ihre, den Stempel strengster Unparteilichkeit tragende Gründlichkeit, als durch die zeitgemässe, originelle Bearbeitung des Stoffes die ungetheilte Aufmerksamkeit sämmtlicher Collegen in Anspruch nahm.

Redner verbreitete sich in erster Linie über den historischen Nachweis über die Berechtigung des Impfzwangs, hier speciell das Vorgehen in jenem Lande voranstellend, aus dem uns und der ganzen schutzbedürftigen Menschheit die Entdeckung der Schutzpockenimpfung gekommen ist, aber auch interessante Streiflichter auf die speciellen Verhältnisse in unserm Canton werfend; eindringlich genug sprechen überall diese nackten Zahlen der Thatsachen, sie spiegeln sich deutlich ab in unsern kleinen Verhältnissen, im Contrast von Gemeinde zu Gemeinden, je nach der verschiedenen Handhabung der Kinderimpfung vor eingeführtem Obligatorium. Redner constatirt die interessante Thatsache, dass, während bekanntlich *Jenner* seine bahnbrechende Entdeckung 1798 publicirte, schon 1801 im benachbarten Altstätten, und schon von 1803 an auch in unserm Canton lebhaft geimpft wurde, eine für jene Zeit staunenswerthe Raschheit der Verbreitung.

Im zweiten Theil seiner Rede kam das Präsidium auf die zu erfüllenden Garantien bei Festhaltung des Impfzwangs zu stehen, betonte die bereits seit 1814 bekannte Nothwendigkeit der periodischen Wiederholung der Impfung, hob aber auch hervor, wie misslich und entschieden ungenügend dieser Revaccinationszwang werden kann, wenn er nicht bei gleichzeitiger Kinderimpfung durchgeführt wird, und die Controle der erzielten Resultate nicht stramm gehandhabt werden kann. — Von hohem Interesse für die gesammte Impffrage waren ferner die Erhebungen, die Redner nach den Untersuchungen von *Marson* in London vorführte. Derselbe befasste sich in 35jähriger Praxis am Pockenhospital in London hauptsächlich auch mit der Classification der Impfnarben, bezeichnete als gute Narbe eine solche, die deutlich, etwas vertieft, getüpfelt, gezähnelt, oder strahlig und mit circumscripten Rändern versehen ist, und kam nun, successive das Verhältniss bei blos einer guten oder einer indifferenten, bis zu 3 und 4 guten oder indifferenten Narben zu ganz erstaunlichen Thatsachen in Betreff des Erfolges des Impfprocesses.

Die nicht widerlegbare Thatsache betonend, dass gewisse Krankheiten, speciell die Syphilis, durch die Impfung übertragbar sind, so verschwindend klein auch, Dank der Bildung und Vorsicht der meisten Aerzte bezügliche Vorkommnisse sind, hob Redner lobend die überall, auch in unserm so hart angefochtenen Gesetze niedergelegte Bestimmung hervor, dass jeder Zeit die vom Staate niedergesetzten Bezugsquellen für animalische Lymphe aufzukommen haben, und dass auch bei der Gratisimpfung die Eltern die Benutzung thierischer Lymphe verlangen können. Da nichts desto weniger wohl noch für längere Zeit menschliche und thierische Lymphe in Anwendung kommen werden, betont das Gesetz mit Recht, dass der Stammimpfling mindestens $^1/_2$ Jahr alt sein soll, eine Zeit, in welcher latente Syphilis jedenfalls manifest werden wird.

In Betreff des Alters der zu Impfenden gehen die Ansichten auseinander. Während bei uns das erste oder spätestens das zweite Lebensjahr als Termin bestimmt ist, ist in England das erste Vierteljahr, in Schottland das erste Halbjahr hiefür fixirt. Von grossem Vortheil ist jedenfalls die Bestimmung, dass es dem ärztlichen Ermessen vorbehalten ist, die Impfung eventuell zu verschieben. Betreff der den Impfzwang effectuirenden Bestimmungen hob Redner die Berechtigung derselben hervor, betonend, dass das deutsche Reichsgesetz ungleich strengere Bussen als auf die blosse Renitenz der Eltern auf fahrlässige Ausübung des Impfactes seitens der Impfärzte stellt. Es ist zu besorgen, dass, wenn der in unserm Gesetz vorgesehene gelinde Zwang fällt, die bei Ausbruch einer Pockenepidemie unabwendbar nothwendige Zwangsimpfung unter Form und Umständen vorgenommen werden muss, für die wir Aerzte jede Verantwortung ablehnen müssen. — Aus dem mühsam entwickelten Gange der bisherigen Untersuchungen ergibt sich als sicherstes Resultat, dass die Impfung besonders dann ihre segensreiche Wirkung entfalten



kann, wenn sie durch geeignete Organe mit ausgewählter Lymphe und mit Beobachtung aller Controle ausgeübt wird, wie es eben nur in ruhigen Zeiten geschehen kann, dass aber diese wichtigen Bürgschaften uns gerade dann ihren Dienst leicht versagen können, wenn wir sie nothwendig gebrauchen würden, in Zeiten neu hereinbrechender grösserer Epidemien. Die Folgerungen aus den neuesten Entdeckungen von *Koch* betreffs Uebertrag der Tuberculose von Mensch zu Mensch in Bezug auf die animale Impfung einem Fachmanne überlassend, hebt Redner mit Recht hervor, dass, wenn es einem von uns gelungen wäre, x Einwendungen gegen den Impfzwang in einleuchtender Weise zu widerlegen, doch gleich wieder x + 1 Einwand seitens der systematischen Impfgegner erhoben würde. Er schliesst mit den Worten: „Ging ja der Aberglaube zu Anfang des Jahrhunderts gar so weit, dass im Ernst behauptet werden konnte, vermöge der Degradation der menschlichen Constitution durch die Kuhpockenimpfung würden den betreffenden Kindern zuletzt noch Hörner an der Stirne wachsen. Vergegenwärtigen Sie sich diese mysteriösen Kuhhörner, meine Herren Collegen, in dem uns bevorstehenden Meinungskampfe, und Sie werden dann bald mit mir zu dem Schlusse kommen, dass allein die redlich gewonnene Ueberzeugung uns bei dem irregeleiteten Volke endgültig rehabilitiren wird. Der Fortschritt speciell in sanitarischen Dingen ist heutzutage zu mächtig, als dass er auf die Länge mehr als nur einmal zurückgedrängt werden könnte, und welches Loos der bevorstehenden Abstimmung beschieden sein möge, so schliesse ich mit dem Wunsche, dass nicht dereinst jener aus dem Alterthum überlieferte Spruch sich erwahren müsse: „quidquid delirant reges, plectuntur Achivi“, oder, da es in diesem vorliegenden Falle der reges gar so viele sind, um ihn ganz passend zu finden, in freier Uebersetzung: möge es nicht geschehen, dass für die Fehler der Väter ihre unschuldigen Kinder zu büssen haben!“

Nach Verlesung und Genehmigung des Protocolls der letzten Sitzung in Appenzell wird im Anschluss an obige Arbeit unseres Präsidenten einstimmig, namentlich auch in Anbetracht einer schriftlichen Anregung unseres verehrten Centralpräsidenten, vorgelegt durch Sanitätsrathspräsident Dr. *Fisch*, beschlossen, es soll das Comite der ärztlichen Gesellschaft Namens derselben in populärer Form die leitenden Motive in Betreff des Impfzwangs in sämmtlichen Blättern des beidseitigen Cantons niederlegen.

Für den leider aus unserer Mitte scheidenden, für das Vereinsleben sehr verdienten Actuar Dr. med. *Edm. Schläpfer* wird als Nachfolger der Referent, *Zürcher* in Gais, gewählt.

Die von Dr. *Höchner* vorgelegte Jahresrechnung, mit einem Activsaldo von 137 Fr. abschliessend, wird genehmigt und verdankt.

Betreff Organisation der öffentlichen Krankenpflege, eine Aufgabe, die sich der Verein schon in vorletzter Sitzung gestellt hat, gestützt auf ein bezügliches Referat unseres Präsidenten, lehrreich begründet durch einen statistischen Rückblick über das Krankenversicherungswesen in unserem Canton, liegt leider heute noch keine definitive Antwort seitens unserer Krankenhäuser betreff Uebernahme der Heranbildung von Krankenwärterinnen vor. Es wird beschlossen, diese vorerst abzuwarten, bevor weitere Schritte gethan werden, ein Beschluss, zu dem das Präsidium die Hoffnung ausspricht, dass dadurch keine Verschiebung ad calendas græcas bedingt werde.

Ebenso wenig spruchreif ist leider heute die Frage der Errichtung von Krankenmobiliendepots in unserem Canton.

Dr. *Fisch* von Herisau regt die Frage betreff Wiederaufnahme der an letzter Landsgemeinde durchgefallenen Vorlage eines Gesetzes über das Gesundheitswesen an. Die Stimmung der meisten Collegen ist aber, Dank der maasslosen, in den öffentlichen Blättern wie in Flugschriften ergangenen Angriffe gegen dasselbe eine von allen Schritten für die nächste Zukunft abrathende, so dass auch Dr. *Fisch* seine Anregung als blosse Sondirung der Stimmung des Vereins in Sachen bezeichnet, und keinen definitiven Antrag stellt.

Dr. *Höchner* in Walzenhausen referirt über einen gerichtsärztlichen Fall, der auch weitere ärztliche Kreise interessiren wird. Ein 32jähriger Mann erhielt im Raufhandel einen hier nicht in Betracht fallenden Stich in den linken Oberarm, und einen zweiten in die linke Halsseite, unmittelbar über den Kopfnicker, 9 cm. von dessen Sternal-, 7 cm. von dessen Clavicularansatz entfernt. Verticale Entfernung von der Clavicula 6,



von der Kehlkopfspitze (pomum Adami) 7 cm. Diesem Stich folgte unmittelbar Zusammensinken und Bewusstlosigkeit. Der bald zur Stelle gekommene Arzt constatirte dieselbe, sowie eine vollständige rechtsseitige Lähmung. Die Blutung stand, Hautemphysem war nicht fühlbar, träge Reaction der Pupillen, röchelnde Athmung, Frequenz 15, Puls 80, Schaum vor dem Munde. Andern Tags war das Bewusstsein wieder hergestellt, die drohende Lebensgefahr verschwunden; Pat. hört und sieht Alles, aber die Sprache fehlt vollständig, auch die Lähmung der rechten Körperhälfte ist geblieben, und Blasenlähmung hat sich ihr zugesellt. Patient wird in's Spital nach Heiden gebracht. Ueber sein Befinden daselbst ergänzt Dr. *Altherr* die Mittheilung dahin, dass sich im Laufe weniger Tage ein deutliches Aneurysma der l. Carotis entwickelt, das zu einer Ausdehnung kam, die suffocatorische und Schlingbeschwerden hervorrief, allmälig aber wieder zu einer immerhin noch deutlich fühl- und sichtbaren Höhe zurückging. Auch die Lähmungserscheinungen der rechten Körperhälfte sind langsam etwas zurückgegangen, immerhin aber noch nicht verschwunden, vollständig gleich geblieben ist aber bis zur Stunde (3½ Monat post trauma) die Aphasie. — Am 8. Juli war die Lähmung des rechten Armes noch sehr bedeutend, nur die des rechten Beines erheblich gebessert. Vollständige Aphasie: bei allen Sprechversuchen entsteht nur ein rauhes a. Ueber wallnussgross ist das Aneur. carot. sin. mit deutlich fühl- und hörbarem Schwirren. Das Aneur. soll demnächst exstirpirt werden, da es ab und zu hochgradige Athemnoth und constant Schlingbeschwerden hervorruft.

Handelt es sich hier um Apoplexie, oder Thrombose der Art. foss. Sylv. sinistr.? Apoplexie kommt relativ selten vor im Alter von 30 Jahren; bevor die Wunde beigebracht war, trat dieselbe nicht ein, nach erhaltener Verwundung und heftiger Blutung aber, die ja bekanntlich das beste Mittel gegen drohende Hirnschläge ist, war ihr Entstehen um so weniger möglich; Sturz aus ziemlicher Höhe kann Apoplexie bedingen, ein blosses Umfallen aber kann nicht als Ursache der Zerreissung eines oder mehrerer Hirngefässe angesehen werden. Apoplectische Insulte zeigen in dem Alter schnelle Tendenz zur Heilung.

Für Thrombose spricht aber: 1) die Art der Entstehung nach einer, wenn auch nicht direct bewiesenen Verletzung und Pfropfbildung der Art. carotis sin.; 2) der Sitz der Lähmung; 3) die vollständige Aphasie; 4) das Stationärbleiben derselben; 5) das Aneurysma caroditis, das mit absoluter Sicherheit die Verletzung der Carotiswand beweist, in Folge derer der Embolus oder die Thrombose entstand. — Die Prognose ist eine sehr schlechte.

Nach gewalteter, mit den Ansichten des Vortragenden übereinstimmender Discussion referirt der Actuar *Zürcher* über die gemachten chirurgischen Erfahrungen im letzten Operationscurs in Bern, eine leider nur zu kurze, überaus lehrreiche Zeit der Erholung vom ewigen Einerlei der Landpraxis, einen Curs, über den Sie bereits aus berufenerer Feder ein Referat erhalten haben.

Dr. *E. Schläpfer* schildert die Erlebnisse und Eindrücke über seine Cur in Ajaccio vom November 1881 bis April 1882, eine Schilderung, hübsch illustrirt durch anschauliche Zeichnungen des gesammten Panoramas um Ajaccio sowie durch genaue Temperaturtabellen, Constatirung der vorherrschenden Luftströmungen, der Feuchtigkeitsverhältnisse etc. Redner stimmt mit der in Ihrem Blatte schon oft hervorgehobenen Ansicht überein, dass Ajaccio ein in allen Beziehungen empfehlenswerther Wintercurort für Phthisiker ist, mit entschiedenen Vorzügen vor den Curorten an der Riviera.

Ein Theil dieser umfangreichen Tractandenliste musste noch am Mittagsmahle abgewandelt werden, bei dem aber trotz alledem in Erinnerung an die goldene Studentenzeit auch der Fidelität ihr Recht gewährt wurde, so dass wohl Jedem nur zu bald die Abschiedsstunde schlug. Auf Wiedersehen in Herisau!

Noch sei rühmend zu erwähnen die hübsche Ausstellung von Krankenutensilien, Bandagen, Instrumenten etc., mit der Apotheker *Hausmann* von St. Gallen die Gesellschaft überraschte, und die denn auch die verdiente Aufmerksamkeit und Anerkennung erntete.

Z.

Zürich. Die Anstalt zur Ausbildung von Krankenpflegerinnen in Zürich. Da Sie, hochgeachtete Herren Redactoren, einen kurzen Bericht über die Gründung unserer Anstalt von mir wünschen, so freut es mich, Ihnen Folgendes melden zu können.

Im Jahre 1880 regte im Vorstand des zürcherischen Vereins für freies Christenthum Herr Pfarrer *Bion* den Gedanken an, eine Anstalt zur Ausbildung von Krankenpflegerinnen in Zürich zu gründen, da die bereits bestehenden Anstalten schon mit Rücksicht auf die Zahl der von ihnen ausgebildeten Pflegerinnen bei weitem nicht mehr genügen und zudem das Bedürfniss sich geltend mache, Pflegerinnen zu gewinnen, die zwar von religiöser Gesinnung erfüllt, also aus innerem Herzenstrieb ihres Amtes warten, aber dabei den Heilzweck über den sogenannten Heilszweck stellen, d. h. von jeder dogmatischen Einwirkung auf die Kranken sich ferne halten. Der Gedanke wurde mit Freuden begrüsst, eine Commission mit den nöthigen Vorarbeiten betraut, und von dieser dem Vorstande und sodann am 30. November 1880 der Jahresversammlung des Vereins, zu der Männer und Frauen jeder Richtung, die sich für die Sache der Krankenpflege interessiren, eingeladen wurden, ein fertig ausgearbeitetes Project vorgelegt. Es wurde zuerst das Bedürfniss einer solchen Anstalt nachgewiesen. Dabei machte besonders Herr Prof. Dr. *Huguenin* darauf aufmerksam, wie sehr die Aerzte bei der Privat- und bei der Anstalts-Krankenpflege ein gebildeteres und tüchtiger eingeschultes Wartpersonal nöthig haben, wenn die Fortschritte, welche die Wissenschaft besonders in Behandlung des Fiebers und der chirurgischen Fälle gemacht habe, den Kranken zum Segen werden sollen. Es gelte dabei die Vortheile des Augenblicks zu benutzen und das sei nur möglich durch tüchtig vorgebildete Pflegerinnen. Es kommen jeweilen beim Fieber Temperatursprünge vor, bei denen nur durch augenblickliches Eingreifen, dadurch aber ziemlich sicher, der Kranke gerettet werden könne. Werde das nicht bemerkt, so sei der Kranke verloren. Da nun der Arzt nicht ganze Nächte am Krankenbett sitzen könne, sei es nöthig, dass er als seine rechte Hand ein anderes Wartpersonal sich heranbilde. Auch bei Epidemien stünden wir dann ganz anders da. — Zweck unserer Anstalt soll es also sein, unsere Pflegerinnen der Privatkrankenpflege zur Verfügung zu stellen und zwar über den Kreis des Cantons Zürich hinaus; wo es verlangt wird, die öffentlichen Krankenanstalten, Spitäler und Krankenasyle durch sie verwalten zu lassen und in Verbindung mit den reichgegliederten Organen der obligatorischen und freiwilligen Armenpflege sie dem Krankendienst in armen Familien zuzuwenden und die ambulatorische Krankenpflege durch sie besorgen zu lassen. Dass wir sie im Kriegsfall in erster Linie zum Lazarethdienst bestimmen und damit dem Vaterlande zur Verfügung stellen würden, ist selbstverständlich.

Zunächst nimmt unsere Anstalt nur solche Zöglinge auf, die sich entschliessen, die Krankenpflege als Lebensberuf zu erwählen und in die Genossenschaft der Anstalt einzutreten, sowie nach bestandener Lehrzeit der Anstalt mindestens 2 Jahre zu dienen. Die Einrichtung von Cursen zur Ausbildung in der Krankenpflege für Frauen und Jungfrauen, welche die Krankenpflege zu erlernen wünschen, ohne sie zum Lebensberuf zu machen, bleibt späterer Zeit vorbehalten.

Wir fragten uns, soll die Anstalt durch den Staat oder durch Privaten, d. h. durch unsern Verein in's Leben gerufen werden, entschieden uns aber für's Letztere. Nicht nur in Zürich, sondern auch in dem städtischen Krankenhaus in Friedrichshain in Berlin haben solche staatlich angeordnete Curse zur Heranbildung von Krankenwärterinnen sich als erfolglos erwiesen. Für eine Anstalt, bei der es in allererster Linie auf Sinn und Geist der zu bildenden Pflegerinnen ankommt, ist eine religiöse Grundlage und corporative Gestaltung nöthig. Der Krankendienst muss aus innerem Herzenstrieb, aus religiösem Erbarmen geübt werden. Es gilt, nicht eine religionslose, nur eine confessionslose, aber ächt religiöse, humane Krankenpflege zu begründen.

Corporative Gestaltung ist nöthig, damit wir den Frauen und Töchtern, welche sich entschliessen, in den Dienst unserer Anstalt zu treten, eine gewisse moralische und öconomische Garantie bieten können, Schutz gegenüber unbilligen Anforderungen und Zumuthungen, die bei der Krankenpflege an sie gestellt werden könnten, sowie gegen unwürdige Behandlung, sodann Garantie für ein anständiges Auskommen während der Zeit, da sie unserer Anstalt angehören und endlich möglichste Fürsorge für die Jahre, da Alter oder Beschwerden ihnen den activen Dienst nicht mehr möglich machen.

Nur bei corporativer Gestaltung, bei strenger, geschlossener Organisation, bei einheitlicher Leitung und Aufsicht, bei unbedingtem Gehorsam von Seite der Schwestern können wir den Anstalten und Privaten, denen wir unsere Schwestern zur Verfügung

stellen, eine genügende Garantie bieten, dass sie treu und gewissenhaft durch dieselben besorgt werden. Diese und andere Gründe bewegen uns, auch unsern Pflegerinnen eine einheitliche Dienstkleidung zu geben.

In der Anstalt, die unter Leitung einer Oberin steht, führen die Schwestern ein dem Charakter einer Familie möglichst entsprechendes Gemeinschaftsleben. Der Gehalt der Schwestern steigt mit den Jahren von 300—600 Fr. im Jahr, wovon 5% für den Pensionsfond abgezogen werden. Das Mutterhaus bildet für die Schwestern in gesunden und kranken Tagen ihre Heimath.

Im Mutterhause werden Kranke verpflegt von den Herren Spitalärzten und den Herren, die dem ärztlichen Vorstand der Anstalt angehören. Es wird den Pflegerinnen Gelegenheit zur Krankenpflege und zur Ausbildung in allen Fächern ihres Berufes geboten.

Die Anstalt steht unter Leitung eines Vorstandes von 11 Mitgliedern, worunter mindestens 3 Aerzte und 3 Damen. Religiöse Gesinnung wird bei den Pflegerinnen vorausgesetzt, auf das religiöse Bekenntniss dagegen wird bei der Aufnahme in die Anstalt keine Rücksicht genommen; Allen, die im Dienste oder unter dem Schutze der Anstalt stehen, wird zur Pflicht gemacht, jede religiöse Ueberzeugung zu achten und ihre eigenen Ansichten Niemandem aufzudrängen. Dazu verpflichten sich auch die Persönlichkeiten, welche die Anstalt leiten.

Das sind die Grundzüge der Organisation unserer Anstalt.

Als die wichtigste Frage betrachteten wir von Anfang an die Personalfrage. Der rechte Geist wird nur in unsere Anstalt kommen, wenn es uns gelingt, die rechten Persönlichkeiten an die Spitze zu stellen. Wir hoffen, das sei uns gelungen. Das Wichtigste, ja das ganz Entscheidende muss durch die Aerzte und die Oberin geleistet werden. Nun ist es uns gelungen, für den ärztlichen Ausschuss zu gewinnen die Herren Dr. *Wilhelm von Muralt* als Präsident, Dr. *C. Zehnder*, Prof. Dr. *Huguenin*, Prof. Dr. *Krönlein*. Wer diese Männer kennt, wird zugeben, dass die ärztliche Leitung unserer Anstalt in den besten Händen liegt.

Als Oberin galt es, eine Dame zu suchen, welche in erster Linie die nöthigen Kenntnisse und Erfahrungen in der Krankenpflege besitzt, die damit die Gabe verbindet, die Pflegerinnen anzuleiten und zu unterrichten, so weit letzteres nicht die Aerzte in besondern Cursen thun, die mit der Führung eines grossen Haushaltes vertraut ist und die vor Allem aus mit vollem Herzen für ihren Beruf begeistert ist. Wir haben nun Gottlob in Fräulein Elisabeth Möller aus Frankfurt eine Oberin gefunden, der wir mit freudigem Vertrauen die Leitung unserer Anstalt übergeben dürfen. Fräulein Möller wurde zur Krankenpflegerin ausgebildet in Loschwitz, Leipzig und Dresden und wirkte während 16 Monaten als Oberin am städtischen Krankenhause in Wesel, bis Familienverhältnisse sie nöthigten, in's Elternhaus zurückzukehren. Sie erwarb sich allerorten die höchste Anerkennung ihrer Vorgesetzten und die herzlichste Anhänglichkeit der ihr untergebenen Schwestern.

Unser Bemühen, die nöthigen Geldmittel zu beschaffen, sehen wir bis dahin von schönem Erfolge gekrönt. Es wurden mit grösster Opferwilligkeit ganz bedeutende Beiträge in unsere Hände gelegt und wir können uns gerade beim Sammeln dieser Gaben davon überzeugen, wie wir mit Gründung unserer Anstalt einem in weitesten Kreisen gefühlten Bedürfniss entgegenkommen. Die Städte Zürich und Winterthur stellten sich wie immer auch da in erste Reihe, aber auch Landgemeinden brachten grosse Opfer. Die Seegemeinden blieben nicht zurück, wenn auch in einzelnen derselben sowie in der Umgebung der Stadt die Sammlungen theils erst begonnen haben, theils wenigstens noch nicht vollendet werden konnten. Bis 1. Mai 1882 beträgt unsere Gesammteinnahme Fr. 110,149. 65. Im Canton Thurgau nimmt sich die gemeinnützige Gesellschaft der Sache an und zwar, wie wir hören, mit schönem Erfolg. In St. Gallen vollends haben die Herren Dekan Mayer und Scherrer-Engler in Verbindung mit dem St. Gallischen ärztlichen Verein und der gemeinnützigen Gesellschaft einen warmen Aufruf zur Unterstützung unserer Sache erlassen und die Sammlung von Beiträgen bezirksweise organisirt, überall unter Leitung angesehener Persönlichkeiten. Bereits haben uns unsere lieben St. Galler Freunde in den letzten Tagen die schöne Summe von Fr. 5000 als erste Rata ihrer Sammlung zugestellt. Aus Graubünden sind uns ebenfalls verdankenswerthe Bei-

träge zugekommen, in Appenzell werden gleichfalls Sammlungen veranstaltet, Glarus verspricht auch sich zu betheiligen, und im Canton Solothurn hat der stets bereitwillige Herr Otto Wyser in Schönenwerd für unsere Anstalt zu sammeln begonnen. Bereits erhalten wir auch bei Todesfällen sehr oft Legate.

Wohl ist es Thatsache, dass die bisher in unsere Hände gelegten Mittel noch lange nicht genügen, unsere Anstalt zu erhalten, aber sie machen es uns doch möglich, in bescheidenem Maasse anzufangen, und wir haben die Gewissheit, dass unsere Anstalt, sobald sie einmal in Thätigkeit ist, von innen heraus wachsen und gedeihen wird.

Die Anmeldungen von Töchtern, die innern Beruf fühlen, sich der Krankenpflege zu widmen, erfolgen zahlreich. Wir zählen schon 30 Anmeldungen und zwar meist aus gebildeten Ständen. Wir dürfen getrost hoffen, in den Angemeldeten opferwillige Herzen zu finden, die nicht in einem Anflug schwärmerischer Begeisterung den Entschluss gefasst haben, ihr Leben dem Dienste der leidenden Menschheit zu widmen, sondern getrieben von herzinnigem Erbarmen, von dem Wunsche, ihrem Leben einen würdigen Inhalt zu geben und ihre Dankbarkeit gegen Gott durch den Dienst der Liebe geübt an den Kranken zu erweisen.

Noch nicht gelöst ist bis zur Stunde die schwierige Aufgabe, ein passendes Local für unsere Anstalt zu finden, aber, wenn nicht Alles täuscht, bringen die nächsten Tage die Lösung und es ist alle Aussicht vorhanden, unsere Anstalt im Laufe dieses Sommers, wahrscheinlich schon im Juli zu eröffnen.

Ermuthigende Anfänge sind uns gelungen, Grösseres und Schwereres liegt vor uns, denn es wird sich wohl auch an unserem Werke bewähren, dass nicht nur aller Anfang schwer ist, sondern noch schwerer das Fortfahren und Vollenden. Unter Gottes Hülfe und treuer Menschen Beistand wird es uns indess gelingen, ein Werk jener weitherzigen Samariterliebe zu schaffen, die nicht nach der Glaubensmeinung fragt und doch aus dem Gott stammt, der die Liebe ist, und dem wir am besten dienen in den Armen und den Kranken.

Horgen im Mai. *C. W. Kambli*, Pfarrer.

Von der Riviera. Die letzten Fremden, von der Rivierabevölkerung sämmtlich mit dem Collectivnamen „Ingles'" beehrt, beginnen nun den Bündel zu schnüren, um theils in die Heimath, theils nach den oberitalienischen Seen zu pilgern. In Wirklichkeit sind es auch meistens Engländer, denn wie der Sohn Albions hier im Herbst der erste Ankömmling ist, so zieht er auch im Spätfrühling, allerdings mit einem grossen Strohhut und oft colossalem Sonnenschirm bewaffnet, zuletzt über die Alpen. Wie gut und wie nothwendig wäre es, wenn auch die andern Patienten diese englische Gewohnheit sich etwas mehr zu eigen machen wollten! Es ist zwar den meisten Aerzten wohl bekannt, wie oft ein ungünstiger April, nördlich von den Alpen zugebracht, das ganze, im Süden mühsam errungene Resultat zerstört, und doch bleibt diese fatale Angewohnheit bestehen; die einzige mögliche Art, hier Hülfe zu schaffen, besteht, meiner Ansicht nach, darin, dass der Hausarzt schon im Herbst, oder aber brieflich im Frühling, die Woche der Abreise festsetzt und diese Anordnung nicht dem Riviera-Arzt überlässt und zwar nicht etwa, weil dieser hierin anderer Ansicht wäre, sondern weil er in diesem Stück vom Patienten meistens für incompetent gehalten wird.

Der längsten Saison an der Riviera erfreut sich gewöhnlich Pegli, wohl weil die Wärme, der feuchteren Luft wegen, hier viel weniger unangenehm empfunden wird, wie an den trockeneren Curorten; auch mag der schöne Park des Grand Hôtel und die vielen schattigen Spazierwege in den stillen, nur 5 Minuten vom Hôtel entfernten romantischen Thälchen viel dazu beitragen. — Doch ich will Ihnen ja keine Beschreibung von Pegli geben, Sie finden solche, poetischeren Federn entflossen (*Baader*, *Haffter*, *Schnyder*), in genügender Zahl in den frühern Jahrgängen des Corr.-Bl.

Der Winter 1881/82 war wie in der Schweiz, so auch an der Riviera, ganz besonders mild; Schnee zeigte sich nie und das Thermometer fiel an den von den Fremden frequentirten Orten nie unter den Gefrierpunct, auch ein eigentlicher Sturm wurde nie beobachtet (Pegli); es kamen nur sehr wenig Tage vor, wo wegen Wind oder Regen der Aufenthalt im Freien unmöglich war; doch sind 2 Tage mit Nebel (Nervi-Bordighera),

einer an der Riviera fast ganz unbekannten Naturerscheinung, zu verzeichnen, die denn auch z. B. bei der Bevölkerung von Genua grosses Erstaunen hervorrief. Diesem sehr milden Winter ist es denn auch zu verdanken, dass bei vielen Patienten eine nicht geringe Besserung ihres Zustandes eintrat, in einigen Fällen wenigstens eine für einen frühern Spitalarzt ebenso wunderbare Erscheinung, wie für die Genuesen der dichte Nebel. Besonders auf anämische, nervös afficirte und mit alten Exsudaten behaftete Patienten scheint der hiesige Aufenthalt günstig einzuwirken, dabei ist gerade bei der letzten Cathegorie der Einfluss der warmen Seewasserbäder wohl nicht als gering anzuschlagen; doch auch bei Catarrhen der Respirationsorgane kamen einige ganz erfreuliche Fälle vor; speciell für die mehr trockenen Catarrhe wird Pegli von Aerzten, welche die Riviera gut kennen, anempfohlen.

Von mir bekannten Neuerungen an der Riviera wird Sie Folgendes interessiren: In Nervi sind einige neue Villen entstanden; das alte Stationsgebäude, einer Basler Messbude sehr ähnlich, wird durch ein steinernes ersetzt, die Strasse von dort bis in's Dorf ist mit Orangenbäumen, Steineichen und Palmen bepflanzt worden; auch geht die gut angelegte, zu einer oberhalb des Dorfes gelegenen Kirche führende Strasse der Vollendung entgegen und wird im nächsten Winter für Patienten, die etwas steigen können, einen hübschen Spaziergang bieten. In Sestri di Ponente (zwischen Genua und Pegli) hat das neuerbaute, sehr comfortabel eingerichtete Grand Hôtel Sestri (ziemlich billige Preise) bereits einige Wintergäste angezogen. In Pegli ist am Meer eine kleine Villa erbaut worden und ein neu angelegter Damm gegen das Meer mit hübscher Aussicht gegen Genua und die Seealpen wird als kleine Promenade willkommen sein; im Grand Hôtel sollen die Badezimmer für erwärmtes Meerwasser vermehrt und die Badeeinrichtungen verbessert werden. In Arenzano bei Voltri (zwischen Pegli und Savona), einem hübschen, nach Norden ordentlich geschützten Orte, wurde das Ufer mit Steineichen bepflanzt und eine Strandpromenade erstellt. — In und um Ospedaletti herum (zwischen San Remo und Bordighera) ist viel Terrain von einer französischen Gesellschaft angekauft worden, die grosse Hôtels bauen will; auch sind 2 Quais längs des Ufers bereits in Arbeit; es ist anzunehmen, dass Ospedaletti, wegen seiner sehr geschützten Lage wohl der wärmste Punct beider Rivieren, in sehr kurzer Zeit ein tüchtiger Curort werden kann. In Bordighera, wo bis dahin ein Local für allgemeine Zusammenkünfte auf neutralem Boden mangelte, ist ein „Casino“ erstellt worden mit Garten gegen das Meer.

Zum Schlusse meines Berichtes erlaube ich mir noch, Ihnen eine kleine Studie, die jedoch erst in späteren Jahren ihren Abschluss finden kann, vorzulegen. Es wurde nämlich an aufeinanderfolgenden Tagen der Grad der Entwicklung derselben Pflanzen an 4 Curorten zur Vergleichung notirt [1]) und Folgendes gefunden: [2])

	San Remo.	Bordighera.	Pegli.	Nervi.	Sampierdarena.
Olivenbaum.					
Neue Blätter	2,5 cm. lang	1,5 cm. lang	1,5 cm. lang	2,0 cm. lang	Aufgehende Knospen
Neue Zweige	3,0 „ „	1,3 „ „	1,2 „ „	3,2 „ „	0
Blüthentraube	4,0 „ „	1,0 „ „	1,0 „ „	3,0 „ „	0
Feigenbaum.	3—4 Blätter	Knospen bis 1 Blatt	3 Blätter	3 Blätter	Knospen
Länge der grössten Blätter	9 cm.	—	7 cm.	9 cm.	0
Feigen { Anzahl	3—4	0	3	3—4	0
Feigen { Länge	3 cm.		2 cm.	3 cm.	
Mandelbaum	(Ueberall viele ausgewachsene Blätter.)				
Frucht	3,5 cm. lang	—	3 cm.	—	—
Weinstock.	—	Ausschlüpfende Knosp. bis 1 Blatt	3—4 Blätter	3—4 Blätter	Knospen (aufbrechend)

[1]) San Remo 12. März, Bordighera 13. März, Pegli 14. März, Nervi 14. März.

[2]) Es wurde überall, um möglichst vergleichbare Resultate zu erlangen, der Südabhang gewählt, doch ein Baum, der nicht einen speciellen localen Schutz (Haus, Mauer) geniesst, die Südseite des Baumes, von den hier erreichbaren Zweigen einer von mittlerer Entwicklung.

	San Remo.	Bordighera.	Pegli.	Nervi.	Sampierdarena.
Japanesischer Mispelbaum Frucht	ausgewachsen grün	dito „	fast ausgewachsen	einige gelbe reifende	—

Sie werden aus dieser kleinen Tabelle sehen, dass in San Remo und Nervi das Wachsthum der betreffenden Pflanzen etwas früher begonnen hat als in den beiden andern Curorten, jedoch ist der Unterschied gering und es ist anzunehmen, dass fortgesetzte thermometrische Beobachtungen, die theilweise noch mangelhaft sind, für die betreffenden Bergabhänge zu einem ähnlichen Resultat führen werden, obschon ich durchaus nicht die verschiedene Entwicklung dieser Pflanzen, die doch theilweise durch die Art des Nährbodens und die Feuchtigkeitsverhältnisse bedingt sind, genauen Thermometerbeobachtungen gleichsetzen will.

Sehr gross aber ist der Unterschied dieser Verhältnisse zwischen jenen Curorten und einer auch am Meer gelegenen, aber gegen Norden nicht geschützten Gegend; ich habe dafür Sampierdarena bei Genua (zwischen Nervi und Pegli) gewählt; der zeitliche Unterschied der Entwicklung gewisser Pflanzen mag in den nur 2 Stunden von einander entfernt und in gleicher Höhe gelegenen Orten 4 Wochen betragen und wird wohl in kältern Wintern noch grösser sein; derselbe war z. B. für die Olivenbäume im Mai noch grösser, indem dieselben bei Sturla z. B. (zwischen Genua und Nervi) am 10. Mai kaum mehr entwickelt waren, wie in San Remo am 12. März. Ganz besonders deutlich kommt an solchen, den Winden ausgesetzten Gegenden, der locale Schutz zur Geltung; so hatten im April bei Sampierdarena die an der Nordseite eines Hauses gepflanzten Feigenbäume noch geschlossene Knospen, die der Ostseite waren eben aufgebrochen und die der Südseite desselben Hauses zeigten bereits grosse Blätter und Feigen. Wie das Haus hier für den Feigenbaum den Schutz gegen Norden bildet, so erstellt an den geschützten Curorten die nach Norden gelegene Bergkette die wohl bekannte und gut gewürdigte Barrikade gegen die rauhen Nordwinde. Doch auch der zweite Hauptfactor, der anerkannter Maassen an einzelnen Orten der Riviera die Winterwärme bedingt, tritt uns bei der Beobachtung der Entwicklung der Pflanzenwelt ganz besonders klar vor die Augen und verdient Beachtung, indem, soviel ich weiss, keine sichern Thermometerbeobachtungen hierüber existiren; es ist dies die Aufnahme des Bodens von Wärme während der heissen Jahres- und Tageszeiten und Wiederabgabe derselben in den kalten Jahres- und Tageszeiten; die aufgenommene und die abzugebende Wärme wird wegen des verschiedenen Winkels, in welchem die Sonnenstrahlen auffallen, grösser sein an nach Süden gelegenen Bergabfällen als in Ebenen; so waren denn auch in Bordighera die Oelbäume der Ebene, obschon sie auf besserem Boden stehen, bedeutend hinter denen des Bergabhangs, nur einige hundert Schritte von ihnen entfernten, zurückgeblieben; auch war die Lufttemperatur dort vor Sonnenaufgang (März Morgens 7 Uhr) ganz bedeutend höher als in der Ebene, was nur auf oben erwähnten Verhältnissen beruhen kann; denn die Ebene von Bordighera liegt, was die Nordwinde anbelangt, vollkommen im Windschatten der hinter dem Curort ansteigenden Berge. Diese localen Temperaturverhältnisse an den einzelnen Curorten werden bei Erbauung von Hôtels etc. noch lange nicht genug berücksichtigt und es ist befremdend zu sehen, wie oft die ungünstigsten Plätze sind ausgewählt worden und zwar oft mit der Absicht, dem Meere möglichst nahe zu sein, da dasselbe als „Hauptwärmespender“ betrachtet wird; doch in dieser Hinsicht wenigstens erfüllt dasselbe an der Riviera seine Aufgabe schlecht, indem es im Winter und Frühling immer eine niedrigere Temperatur als die mittlere Tagestemperatur der Luft hat; anders verhält es sich im Spätherbst, wahrscheinlich auch an nicht geschützten Orten der Riviera während eines grossen Theils des Winters und in gewissen „Ausnahmswintern“.

Ich werde mir erlauben, sowohl über diese letzten Puncte, als auch über einige andere Verhältnisse, die ebenfalls die Localtemperatur bedingen helfen, über welche mir die nöthigen Beobachtungen jetzt noch mangeln, später zu berichten.

Genua, 15. Mai 1882. *Dr. Th. Zäslein.*



Wochenbericht.

Ausland.

Deutschland. Den Ausstellern bei der vom 17.—25. September in **Eisenach** stattfindenden **55. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte** dürfte die Nachricht von Interesse sein, dass die Anmeldungen zur Ausstellung thunlichst bald und spätestens bis zum 1. September zu erfolgen haben, wenn bei der Raumdisposition für die Ausstellungsobjecte den Wünschen der Aussteller möglichst Rechnung getragen werden soll; Näheres hierüber ist bei dem Ausstellungscomité für die Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, Eisenach, Johannisplatz Nr. 15 zu erfahren.

— In Heidelberg starb der ausgezeichnete Kliniker Prof. Dr. *Friedreich*, viel zu früh für die ärztliche Wissenschaft.

— **Taschenapparat zur Untersuchung des Harns auf Eiweiss und Zucker.** Von Apotheker *G. Döll* in Karlsruhe.

Der vor uns liegende kleine Apparat ist eine Modification und Weiterentwicklung einer von Dr. *Hindenlang* in Freiburg i. B. zuerst ausgesprochenen Idee; er soll dem Arzte die Möglichkeit an die Hand geben, am Krankenbette sofort den Urin auf die beiden pathologisch wichtigsten Substanzen — Eiweiss und Traubenzucker — untersuchen zu können. Um diesen seinen Zweck zu erreichen, muss der Apparat vornehmlich zwei Eigenschaften haben: erstens muss er in compendiöser Form leicht zu handhaben sein und zweitens müssen die auszuführenden Reactionen zuverlässig und augenfällig sein. Beiden Anforderungen entspricht der Apparat vollkommen: bei einer Länge von 10 cm. und einem Durchmesser von 1 cm. kann er in jedem Etui bequem eine Stelle finden; zu seiner Manipulation bedarf es keiner grossen Uebung, sondern nur einiger Reinlichkeit. Ferner ist die Reaction auf Eiweiss mittelst Metaphosphorsäure gewiss ebenso sicher als irgend eine der gewöhnlich von den Aerzten angewandten Methoden; auch der Zuckernachweis durch eingedampfte alcalische Kupferlösung ist für das klinische Bedürfniss bei weitem genügend. Eine genaue Beschreibung des kleinen Dinges mag hier unterbleiben, da sie in der beigefügten Gebrauchsanweisung gegeben ist. Wir empfehlen den Apparat allen Collegen angelegentlich, denen die Untersuchung des Urin auch bei einer einfach scheinenden Krankheit Bedürfniss und Gewohnheit ist; wir tragen ihn nun ein Vierteljahr in der Tasche und sind immer durchaus zufrieden damit gewesen. Natürlich können wir bei Affectionen der Urogenitalorgane das Microscop deshalb nicht bei Seite lassen.

Der Apparat ist in den Apotheken Basels für den Preis von Fr. 1. 50 zu beziehen.

A. E. B.

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 26. Juni bis 10. Juli 1882.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Von Morbillen, Varicellen und Pertussis sind vereinzelte Fälle angemeldet; aus Kleinbasel ein Fall von Dysenterie.

Scharlachfälle sind 28 angemeldet (16, 50, 46), wovon in Kleinbasel 21 (39, 31), die übrigen in Grossbasel zerstreut.

Typhuserkrankungen sind 8 angezeigt (8, 62, 30, 8), wovon 5 in Kleinbasel (55, 24, 8).

Diphtherie und Croup 15 Erkrankungen (19, 25, 19), wovon 7 in Kleinbasel.

Erysipelas 3 Fälle in Grossbasel (13, 11, 11).

Puerperalfieber 1 Erkrankung in Kleinbasel.

Bibliographisches.

62) *Volkmann*'s Sammlung klinischer Vorträge. Leipzig, Breitkopf & Härtel. Nr. 213 *Eberth, C.*, Ueber den Milzbrand.



Nr. 214 *König, Fr.*, Tuberculose der Knochen und Gelenke und die Fortschritte in der Behandlung.
Nr. 215 *Fiedler, A.*, Ueber die Punction der Pleurahöhle und des Herzbeutels.

63) *von Monakow*, Ueber einige durch Exstirpation circumscripter Hirnrindenregionen bedingte Entwicklungshemmungen des Kaninchengehirns. Sep.-Abdr. 8°. 15 S. mit 1 Tafel.

64) *von Monakow*, Weitere Mittheilungen etc. Fortsetzung. Sep.-Abdr. 8°. 16 S. mit 1 Tafel.

65) *Drysdale, Ch. R.*, Die Pathologie und Therapie der Syphilis und and. sogen. vener. Krankheiten. Deutsch von Dr. *H. Helmkampff.* 8°. 183 S.

66) *Wiener Klinik* IV. Heft. Inh.: *Sigmund*, Cholera, Pest und Gelbfieber vor den jüngsten internat. Sanitätsconferenzen. Wien, Urban & Schwarzenberg.

67) *von Pettenkofer, Max*, Der Boden und sein Zusammenhang mit der Gesundheit des Menschen. II. Aufl. 8°. 32 S. Berlin, Gebrüder Pätel.

68) *Cantonale Krankenanstalt Glarus*, I. Jahresbericht 1881. 4°. 84 S. Glarus, Schmid'sche Druckerei.

69) *Taylor, P. A.*, Erreurs courantes sur la vaccine. Lettre au Dr. *W. B. Carpenter.* 8°. 40 S. London.

70) *Salkowski*, Prof. *E.*, und Dr. *Wilh. Leube*, Die Lehre vom Harn. Ein Handbuch für studirende Aerzte. Mit 36 Holzschn. 8°. 564 S. Berlin, Aug. Hirschwald.

71) *Mauthner, Ed.*, und Prof. Dr. *J. Klob*, Die euganäischen Thermen zu Battaglia. 8°. 56 S. mit 9 Abbildungen. Leipzig, Otto Wigand.

72) *Rechenschaftsbericht* über die zürcherische cantonale Irrenheilanstalt Burghölzli 1881. 8°. 15 S. und 8 Tab. Zürich.

73) *Neunter Bericht* über den Kinderspital (Eleonoren-Stiftung) Hottingen-Zürich von 1881. 8°. 26 S. und 3 Tab.

74) *Borchers, Hugo*, Die subcutanen Osteotomien des Kinderspitales Zürich von 1876-1881. Inaug.-Diss. 8°. 56 S. Zürich.

75) *Güterbock*, Dr. *P.*, Die öffentliche Reconvalescentenpflege. 8°. 182 S. Leipzig, F. C. W. Vogel. Preis Fr. 6. 70.

76) *Jahrbuch* der practischen Medicin von Dr. *Paul Börner* 1882, II. Hälfte. 8°. 440 S. Stuttgart, Ferd. Enke.

77) *Volkmann*'s Sammlung klinischer Vorträge. Leipzig, Breitkopf & Härtel.
Nr. 216, *Bresgen*, Asthma bronchiale uud seine Beziehungen zum chronischen Nasencatarrhe, sowie deren locale Behandlung.
Nr. 217, *Fränkel, E.*, Diagnose und operative Behandlung der Extrauterinschwangerschaft.
Nr. 218, *Baumgarten, P.*, Ueber latente Tuberculose.

78) *König*, Prof. Dr. *J.*, Chemie der menschlichen Nahrungs- und Genussmittel I. Theil, Chemische Zusammensetzung, II. Aufl. 8°. 351 S. geb. Berlin, Julius Springer.

79) *Rahm*, Dr. *Emil*, Ueber Ernährung, Gesundheits- und Krankenpflege. Oeffentliche Vorträge. 8°. 138 S. Schaffhausen. Preis Fr. 12.

80) *Zwölfter Jahresbericht* über das Landes-Medicinalwesen im Königreich Sachsen von 1880. 8°. 132 S. Leipzig, F. C. W. Vogel.

81) *Aerztlicher Bericht* über die Irrenabtheilung des Bürgerspitals in Basel für 1881 von Prof. Dr. *Ludwig Wille* und *E. Riedtmann*, Assistenzarzt. 22 S. und 16 Tab.

Briefkasten.

Würzburger Jubiläum. Als Beiträge an die Ehrengaben sind bis heute erst eingegangen aus St. Gallen Fr. 250, Basel 130, Waadt 91, Uri 85 (bravo!), Graubünden 70, Zürich 70 (nur 2 Beiträge), Aargau 40 (!), Zug 35, Thurgau 20 (!!), Neuchâtel 10 (!!!), Unterwalden 10, Schwyz 7. Nach, ihr Säumigen! Surgite, triarii!

Druckfehler. Im Aufsatz über Charles Darwin auf Seite 414 Zeile 19 von unten soll es heissen Physis, nicht Physik. — In der Arbeit des Herrn Dr. *F. Borel* über seine Kropfexstirpationen muss es S. 417, Z. 4 von unten selbstverständlich heissen aseptisch, nicht septisch.

Herrn Dr. *Zürcher*, Gais: Ihr Referat wurde zu den cantonalen Correspondenzen und nicht zu den Vereinsberichten gesetzt, damit es seines Inhaltes (Impfen) wegen noch am 15. Juli zur Kenntniss der Leser kommen konnte. — Herrn Dr. *Hürlimann:* Ganz recht.

Berichtigung.

Bäder-Almanach 1882 im Verlage von Rudolf Mosse in Frankfurt a. M.

Um Missverständnissen vorzubeugen, wird an diesem Orte zu Handen der Tit. Herren Aerzte zur Notiz gebracht, dass in dem genannten Werke pag. 40 Luftkurort **„Engelberg“** es in dritter Zeile heissen soll: **Cur-Hôtel und Pension Müller: Besitzer Alt-Reg.-Rath J. Fch. Müller,** wobei der folgende Passus: — „zugleich Eigenthümer des Hôtel und Pension zur Sonne in **Beckenried** und der Pension Müller in **Ajaccio**“ — als unrichtig ausfällt, indem Ersteres (vide pag. 21) durch dessen Besitzer Herrn J. F. Müller, Sohn, und Letztere (vide pag. 48) durch deren Besitzerin, Frau Dr. Müller, administrirt werden.

Es ergibt sich somit von selbst, dass bei Luftcurort **Beckenried** (pag. 21) die Einschaltung: „Alt-Reg.-Rath J. Fch. Müller, zugleich Eigenthümer des Hôtel und Pension Engelberg und der Pension Müller in Ajaccio“ und gleichermassen bei Wintercurort **Ajaccio** (pag. 48) die Bemerkung: Alt-Reg.-Rath J. Fch. Müller, zugleich Eigenthümer des Hôtel und Pension zur Sonne in Beckenried sowie des Hôtel und Pension Engelberg“ als irrthümlich, ausser Betracht fällt und dafür oben erwähnte Besitzer genannt sein sollen. (ME-13-JZ)

Waadt. — AIGLE — Schweiz.

GRAND HOTEL DES BAINS.

In reizender Lage am Fusse der Waadtländer-Alpen. Grossartige hydro- und electrotherapeutische Anstalt unter Leitung eines fachkundigen Arztes. Specialdouchen, Salz- und Soolbäder. Traubenkur. Angenehmer Sommeraufenthalt in dem mit neuestem Comfort ausgestatteten Hôtel. Gut besorgte Küche. Schattiger Park, Concerte. Telegraph. Omnibus am Bahnhof. Mässige Preise.

Verwalter: ***E. Mesmer.*** Curarzt: ***Dr. Ls. Verrey.***

Bad Schinznach (Schweiz).

Eisenbahn-Station. **Telegraphen-Bureau.**

Dauer der Saison vom 15. Mai bis Ende September. Therme mit reichem Gehalt an Schwefelwasserstoff, Kohlensäure, Kalk und Kochsalz, berühmt durch ihre Heilwirkung bei Scropheln (Drüsen), Haut-, Knochen- und Schleimhautkrankheiten, chronischen Katarrhen, Emphysem, Asthma und allgemeine Schwäche. — Schinznach ist von Basel in 1½ Stunden erreichbar durch die Eisenbahnlinien Olten und Bötzberg. Täglich gehen 23 Züge vorbei. Die Briefe werden im Tag 8 mal vertheilt. Die Lage von Schinznach ist reizend, die schönsten Exkursionen können per Eisenbahn, per Wagen oder zu Fuss gemacht werden. Mildes Klima. Wald. Milchkuren. Reduzirte Bäderpreise. Für Erkundigungen beliebe man sich zu wenden an (M833cZ) **Hans Amsler**, Director.

K. k. conc.

Halleiner Mutterlaugen-Salz

zu

natürlichen

Soolen- und Mutterlaugen-Bädern

im Hause.

Hervorragendste Indicationen:

Frauenkrankheiten hauptsächlich der **Sexualorgane** und des **Unterleibes;**

Kinderleiden, insbesonders **Scrophulose** und **Rachitis.**

Mein Halleiner Mutterlaugensalz ist in allen renommirten Apotheken und Mineralwasser-Geschäften der Schweiz (Hauptdepot: **C. F. Hausmann,** Apotheke zu St. Gallen) per Kilo zu 2 Francs zu beziehen. Brochüre mit Analyse etc. gratis und franco vom Fabrikanten

Dr. Sedlitzky, k. k. Hofapotheker in Salzburg.

Der Gebrauch des Halleiner Mutterlaugensalzes hat dieselben guten Erfolge wie Kreuznacher- und andere Soolenbäder erzielt.

Hofrath v. Braun-Fernwald.

In vielen Fällen bei chronischen Krankheiten der Frauen, so beispielsweise bei alten Exsudaten im Becken, chronischer Gebärmutter-Entzündung habe ich das Halleiner Mutterlaugensalz mit Vortheil angewendet.

Prof. Gustav Braun.

Ich habe seit drei Jahren vielfach das von Herrn Hofapotheker Dr. W. Sedlitzky in Salzburg dargestellte und in den Handel gebrachte Halleiner Mutterlaugensalz sowohl als solches, wie auch in Mischung mit Kochsalz (als Soolenbad) bei chronischen Entzündungen der Unterleibsorgane mit gutem Erfolge verwendet.

Prof. Dr. R. Chrobak.

Das Halleiner Mutterlaugen-Salz hat mir in verschiedenen, zahlreichen Fällen von Frauenkrankheiten so vortreffliche Dienste gethan, dass ich dasselbe auf's Beste empfehlen kann.

Professor Dr. C. Freiherr v. Rokitansky,
Director des Maria Theresia Frauen-Hospitals in Wien.

Ferner empfehle ich und ist überall wie oben zu haben

Bestes Fichtennadelöhl z. Inhalat. etc. 1 Dos: 60 Xr. öw.
" " " Extract z. Bädern 1 Dos: 35 Xr. öw.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N° 15. XII. Jahrg. 1882. 1. August.

Original-Arbeiten.

Die Stellung der practischen Medicin zur Infectionstheorie der Tuberculose.

Vortrag, gehalten in der Sitzung des schweiz. ärztlichen Centralvereins am 27. Mai zu Zürich von Dr. **C. Veraguth,** Curarzt von St. Moritz.

Geehrte Herren Collegen!

Von den vielen Ansichten und Theorien, welche die experimentelle und anatomische Forschung über das Wesen der Tuberculose gezeitigt hat, ist wohl keine mit grösserer Reserve von der practischen Medicin aufgenommen worden, wie das Princip ihrer Infectiosität. Aus leicht erklärlichen Gründen: die Genese und der Verlauf der Tuberculose entspricht so gar nicht dem Bilde, das uns die übrigen ansteckenden Krankheiten geben, dass es in der That des stricten Beweises bedurfte, um dem practischen Arzte, der sich seine Anschauungsweise in erster Linie aus den Erfahrungen am Krankenbette aufbaut, die Idee geläufig werden zu lassen, die Tuberculose verdanke ihre Entstehung in jedem Falle einer specifischen Infection. Dieser Beweis ist nun erbracht. Die Entdeckung der Tuberkelbacillen und die Art und Weise, wie dieselben auf ihre Virulenz geprüft wurden, lassen wohl keinen Zweifel übrig, dass die unmittelbare Entstehungsursache der Tuberculose in der Invasion eines specifischen, übertragbaren Krankheitserregers zu suchen ist. Ich hoffe deshalb, es werde Ihnen erwünscht sein, wenn ich versuche, heute vor Ihrem Forum die Frage zu beleuchten, in welcher Weise sich dieses ätiologische Moment, das wir als erwiesene Thatsache nun wohl oder übel anerkennen müssen, mit unsern practischen Erfahrungen in Einklang bringen lässt und in wie weit unser ärztliches Denken und Handeln dadurch modificirt wird.

Die Anschauung, die Tuberculose sei eine specifische Infectionskrankheit, ist keine neue. Ihr wissenschaftlicher Begründer ist *Villemin.* Er hat im Jahre 1865 vor der medicinischen Academie zu Paris durch zahlreiche Experimente die Uebertragbarkeit der Tuberculose bewiesen und den Satz aufgestellt, sie verdanke, wie



der Scharlach, die Syphilis ihre Entstehung einem specifischen Virus. Diese bedeutungsvolle These des französischen Forschers hat einer ununterbrochenen Reihe von experimentellen Arbeiten gerufen, welche zum Theil der *Villemin*'schen Deutung seiner Impfversuche beipflichteten, zum Theil dieselbe anfochten. Seine Gegner machten namentlich geltend, dass es gelinge, durch Einbringen fein vertheilter corpusculärer Elemente der verschiedensten Natur in den Blutkreislauf dieselbe knötchenförmige Erkrankung der innern Organe zu erhalten, wie sie durch Einimpfen tuberculöser Massen zu Stande komme. Sie glaubten deshalb die Entstehung der Tuberculose auf einen mechanischen Entzündungsreiz zurückführen zu können, dem jedwede specifische Einwirkung abgehe. Als die Hauptvertreter dieser Richtung können wir u. A. *Lebert* und *Waldenburg* bezeichnen.

Eine vermittelnde Stellung nahm die Theorie der „Selbstinfection“ ein, wie sie von *Rindfleisch* und *Buhl* aufgestellt und von zahlreichen Klinikern adoptirt wurde. Nach dieser Auffassung entsteht die Tuberculose durch Resorption eines scrophulösen Käseherdes im Körper, ohne die Einwirkung eines specifischen Agens von aussen.

Ich müsste zu sehr aus dem Rahmen der mir gestellten Aufgabe heraustreten, wollte ich Ihnen alle die Einzelheiten dieses Kampfes über das Wesen der Tuberculose in's Gedächtniss zurückrufen, eines Kampfes, der sich vielleicht zu ausschliesslich auf dem Schauplatz der experimentellen Pathologie abspielte, in den grössere und kleinere Geister aller gebildeten Länder ihre Waffen getragen und für dessen schwierige Entscheidung schon der Umstand spricht, dass manch' Einer im Laufe seiner Untersuchungen in's feindliche Lager hinüber getreten, aus einem Saulus ein Paulus geworden ist.

Als die Hauptverfechter der specifischen Infectionstheorie im *Villemin*'schen Sinne müssen wir *Cohnheim* und *Klebs* bezeichnen. Ihre Ansichten, gegründet auf umfassende eigene Forschungen und bestätigt durch die sich immer mehrenden Inhalations- und Fütterungsversuche von *Tappeiner*, *Orth*, *Bollinger* u. A. mussten um so mehr an Boden gewinnen, seitdem die Pilztheorie auf der Bildfläche der Pathogenese aufgetaucht war und dem ganzen Wesen der Infectionskrankheiten eine fassbarere Gestalt gegeben hatte.

Klebs hat bereits im Jahre 1877 vor der Versammlung deutscher Naturforscher zu München die Resultate seiner Untersuchungen über diese Krankheit niedergelegt, durch welche er sich zur Annahme berechtigt glaubte, in einem Micrococcus den specifischen Erreger der Tuberculose zu erblicken. Wenn auch seine diesbezüglichen Befunde in der Folge von Wenigen bestätigt wurden, so müssen wir *Klebs* doch das grosse Verdienst zuerkennen, durch die ganze Methodik seiner damaligen Untersuchungen Bahn gebrochen zu haben zu dem schwierigen und dornenvollen Wege, auf dem *Koch* heute das Ziel erreicht hat.

Sie wissen, dass es *Koch* gelang, vermittelst eines eigenthümlichen Tinctionsverfahrens in allen tuberculösen Herden einen Bacillus zur Wahrnehmung zu bringen, der bei den früher geübten Untersuchungsmethoden dem aufmerksamsten Beobachter, der stärksten Immersionslinse entgehen musste. Nur der Bacillus der Lepra theilt mit dem der Tuberculose diese eigenthümliche Farbenreaction, beide

differenziren sich aber sehr wohl durch andere Merkmale und der Spaltpilz der Tuberculose kann deshalb mit Sicherheit als eine Species sui generis constatirt werden.

Um aber den Beweis zu liefern, dass dieser Bacillus nicht nur ein zufälliger Begleiter, sondern der wirkliche Erreger der Tuberculose sei, unternahm es *Koch*, ihn in Reinculturen zu isoliren und mit diesem im Reagensglase gezüchteten Pilze Impfversuche anzustellen. Dieselben hatten einen durchschlagenden Erfolg. Bei einer grossen Zahl der verschiedensten Thiere, die damit inficirt wurden, entwickelte sich ausnahmslos die hochgradigste Miliartuberculose.

Ich erachte es für überflüssig, an dieser Stelle die vielseitige hohe Bedeutung der *Koch*'schen Arbeit hervorzuheben, Sie darauf aufmerksam zu machen, dass in ihr der Fingerzeig liegt, auf welchem Wege auch die übrigen pathogenen Organismen zu finden und zu specificiren sein werden. Nur Eines kann ich nicht unberührt lassen: ihren Einfluss auf unser pathologisch-anatomisches Verständniss der verschiedenen Processe, welche wir unter dem Namen der Schwindsucht zusammenfassen. Das von *Virchow* aufgestellte und von der deutschen Schule bis vor Kurzem mit grosser Zähigkeit festgehaltene Dualitätsprincip, das die käsige Pneumonie und das disseminirte Tuberkelknötchen als zwei verschiedenartige Erkrankungen strenge getrennt wissen will, hat durch das Kriterium des Tuberkelbacillus einen empfindlichen, wenn nicht den Todesstoss erhalten; denn der Bacillus fand sich in den bis jetzt untersuchten Objecten in den Cavernen käsig-pneumonischer Lungen ebenso unfehlbar wie in den typischen Riesenzellentuberkeln. Wenn auch der endgültige Entscheid in dieser so lange schwebenden Streitfrage noch durch weitere ausgedehnte Untersuchungen erhärtet werden muss, so können wir doch schon jetzt mit Sicherheit annehmen, dass alle Processe, die sich anatomisch durch progressiven käsigen Gewebszerfall und klinisch durch das Bild der Consumption charakterisiren — seien es diffuse Entzündungen oder isolirte Knötchen — auf das gleiche pathogene Princip, auf die Invasion des Tuberkelpilzes zurückzuführen sind. [1]) Auch über die vielfach discutirte Identität der Tuberculose mit den Scropheln, mit der fungösen Gelenkentzündung, der käsigen Ostitis und Osteomyelitis und dem Lupus wird das Fehlen oder Vorkommen des Tuberkelpilzes binnen Kurzem den entscheidenden Ausschlag geben. Mit Bezug auf die Perlsucht der Rinder kann die Entscheidung zu Gunsten der Identität bereits als abgeschlossen betrachtet werden.

Ueber die Lebensbedingungen des Tuberkelpilzes gibt uns *Koch* bereits einige wichtige Angaben. Das Wachsthum desselben ist ein sehr langsames und erfordert eine beständige Temperatur von 30—41° C. Seine Vermehrung kann deshalb nur im thierischen Körper, nicht ausserhalb desselben vor sich gehen; die Spaltproducte, die Sporen, behalten jedoch ihre Keimfähigkeit auch unter ungünstigeren Verhältnissen bei. Wenn dieselben deshalb mit dem Sputum nach aussen geschafft werden, so verlieren sie selbst nach Wochen ihre Virulenz nicht, d. h. sie wach-

---

[1]) In diesem Sinne möchte ich mich wenigstens verstanden wissen, wenn ich im Folgenden ausschliesslich von Tuberculose spreche.



sen wieder zu Bacillen an und vermehren sich, so bald sie unter die ihnen zukommenden Bedingungen gestellt werden.

In diesen Eigenschaften des Tuberkelpilzes liegt der Schlüssel zur Erkenntniss der Art und Weise, wie die Krankheit übertragen wird. Die Eingangspforte des Keimes muss in den meisten Fällen die Lunge, ihr Träger die Athmungsluft sein, verunreinigt durch die Hustenstösse oder die vertrockneten und zu Staub zerfallenen Sputa eines Tuberculösen.

Daneben dürfen wir aber auch die Invasion auf dem Wege des Darms, durch tuberculöse Milch, durch perlsüchtiges Fleisch nicht ausser Acht lassen.

Hat die Infection stattgefunden, so wird sich die Art der Erkrankung nach den Geweben richten, welche dem Bacillus den günstigsten Nährboden bieten. Vielleicht findet sich dieser schon im Bronchialrohr und der Effect wird eine käsige Bronchopneumonie und Peribronchitis sein, oder der Pilz wird von den Lymphwegen besonders günstig aufgenommen und erregt dadurch im interstitiellen Lungengewebe eine disseminirte Knötchenerkrankung, oder er passirt unbeschadet die Lungen und den ganzen Blutkreislauf, findet aber im Momente seiner Ausscheidung durch die Nieren noch Veranlassung, eine primäre Tuberculose der Harnwege zu erzeugen. Fügen wir zu diesen Eventualitäten noch die eine, dass die Reproduction des Pilzes im Körper unter gewissen Verhältnissen gewaltige Dimensionen annimmt, dass die Keime massenhaft nach allen Theilen des Körpers verschleppt werden und eine Miliartuberculose zur Folge haben, — die übrigen Combinationen der verschiedenen Erkrankungslocalisationen construiren sich aus dem Angeführten von selber.

Sie ersehen daraus, meine Herren, dass sich die Infectionslehre ohne Zwang einzeichnen lässt in die Bilder tuberculöser Erkrankungen, welche uns am Sectionstische und unter dem Microscop geläufig geworden sind. Eine andere Frage ist nun die: Kann die Infectiosität der Tuberculose auch durch die Art ihres Auftretens und ihrer Verbreitung bestätigt werden?

Eine allgemeine reactive Empfänglichkeit des menschlichen Organismus für das Tuberkelgift, wie wir sie für die typischen ansteckenden Krankheiten, die Syphilis, die Cholera voraussetzen dürfen, müssen wir von vornherein ausschliessen. Denn bei der allgemeinen Verbreitung der Tuberculose ist es wahrscheinlich, dass die meisten Menschen zu wiederholten Malen mit Tuberkelbacillen in Contact gekommen sind. Da aber von 1000 Individuen doch immerhin nur 2 der Krankheit erliegen, so sind wir zur Annahme berechtigt, dass die eingeathmeten Organismen unter gewöhnlichen Verhältnissen durch die Exspiration und das Flimmerepithel des Bronchialrohres wieder herausbefördert oder im Körper zerstört werden oder denselben unbeschadet durch die Nieren wieder verlassen.

Auch die Sterblichkeit der Berufsclassen, welche eo ipso häufiger mit Tuberculösen und ihren Dejectis in Berührung kommen, spricht nicht für eine intensive Infectiosität.

Unter 8988 Fällen, welche nach den *Müller*'schen Tabellen von 1865—1870 in der Schweiz an Schwindsucht starben, waren nur 7 Aerzte und 12 Krankenwärter und -wärterinnen, Zahlen, die allerdings etwas über der Durchschnittsmortalität

stehen, aber zu klein sind, um nicht ebenso gut durch Zufälligkeiten bedingt zu sein und deshalb nicht als Beleg für die Ansteckung verwerthet werden können.

Deutlicher tritt der infectiöse Charakter zu Tage, wo der Contact ein intensiverer ist, wie bei Ehegatten, oder wo er sich durch die Zeitdauer und die Vermehrung der Infectionsherde potenzirt. Dies ist der Fall an Sanatorien und Luftcurorten, welche die Sammelpuncte der Tuberculösen geworden sind.

Von der Uebertragung der Krankheit vom Mann auf die Frau und umgekehrt sind in der Literatur einige 60 Fälle verzeichnet und mancher von Ihnen wäre vielleicht im Stande, aus seinen Kreisen die Zahl zu vermehren.

Ueber die einschlägigen Beobachtungen an Luftcurorten habe ich es der Mühe werth erachtet, meine eigenen Erfahrungen durch private Erkundigungen zu vervollständigen, da hierüber bis jetzt nichts publicirt wurde. Aus den allerorts bereitwilligst gegebenen Mittheilungen ist zu ersehen, dass in der That an manchen dieser Orte: in Meran, Davos, San Remo, Catania untrügliche Infectionen vorkamen. Anderweitige ätiologische Momente konnten allerdings nur bei zweien der mir bekannten Fälle, bei diesen aber mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Alle aber betrafen Krankenwärter oder Dienstboten, welche der Pflege der Brustkranken oblagen.

Damit wäre also auch aus der Praxis die Infectiosität der Tuberculose festgestellt. Da jedoch die Fälle reiner Uebertragung immerhin zu den seltenen Ausnahmen, nicht zur Regel gehören, so werden neben der unmittelbar veranlassenden Ursache der Infection die bis jetzt am meisten gefürchteten ätiologischen Momente zu Recht bestehen und erübrigt uns nur noch, dieselben in das richtige Verhältniss zur Infection zu stellen.

Ich habe kaum nöthig, Ihnen durch Zahlen zu beweisen, dass es vor Allem die erbliche Anlage ist, was die Aetiologie der Tuberculose dominirt, — nicht nur die Aetiologie, auch den Verlauf und die Prognose. Ihnen Allen sind Familien bekannt, in denen die Tuberculose als unerbittlicher Würgengel Ernte hält, mögen ihre Glieder in ärmlichen oder reichen Verhältnissen, am Meer oder in den Bergen wohnen.

Von den vorhin citirten 8988 Todesfällen konnte die directe Vererbung von den Eltern bei 22% nachgewiesen und bei 28% ausgeschlossen werden. Bei 50% fehlten die diesbezüglichen Angaben, von diesen dürfen wir mindestens die Hälfte mit zu den hereditär Belasteten zählen, um so mehr, da bei den 22% die atavistische und collaterale Vererbung, die bei der Tuberculose häufig zur Beobachtung kommt, nicht mitgerechnet ist. Wir greifen nicht zu hoch, wenn wir ein Drittel sämmtlicher Tuberculosenfälle auf hereditäre Momente zurückführen. *Williams* constatirte die erbliche Anlage sogar bei 45% von 500 im Hospital for Consumption beobachteten Fällen.

Wie haben wir uns nun die Vererbung im Lichte der Infectionslehre vorzustellen? Müssen wir annehmen, dass der Tuberkelbacillus von einem der Erzeuger direct auf die Leibesfrucht übertragen wird, dass die Krankheit nicht nur eine ererbte, sondern auch eine congenitale ist? Dagegen spricht der Umstand, dass intrauterine Miliartuberculose nie und eine solche in den ersten Lebenswochen in

den allerseltensten Fällen beobachtet wurde. Nicht die Krankheit selbst wird vererbt, nur die Disposition dazu, d. h. eine Beschaffenheit des Organismus, die dem Tuberkelbacillus gelegentlich einen günstigen Nährboden bietet. Oft haben wir für diesen „günstigen Nährboden" ein anatomisches Substrat in den Producten der Scrophulose, die als erstes Erbstück schon in der Kindheit angetreten wird. Wir können uns leicht denken, dass die Tuberkelbacillen in den zähen scrophulösen Secreten, in den usurirten und mit trägen Zellen infiltrirten Schleimhäuten und in den hyperplasirten Lymphdrüsen haften bleiben und sich gelegentlich entwickeln. Ebenso geläufig wird uns die Anschauung werden, dass in den Lungenspitzen eines paralytischen Thorax das Secret stagnirt und somit die Bacillen Zeit haben, sich einzunisten. Schwieriger wird die Erklärung da, wo die hereditäre Tuberculose in einem scheinbar gesunden und normalen Körper einsetzt. Solche Fälle der Doctrin zu opfern und sie einfach aus der Erblichkeitsliste zu streichen, halte ich für unberechtigt. Wir können ja nicht wissen, ob nicht vielleicht feinere anatomische Gewebsanomalien vorhanden sind, welche die Infection begünstigen und wenn uns auch die Cellularpathologie niemals Aufschluss darüber geben sollte, so bleibt immer noch die Möglichkeit offen, dass die Abnormität in der Zusammensetzung der Gewebssäfte liegt. Wenigstens legt die Analogie mit dem Diabetes, der in der Aetiologie der erworbenen Tuberculose mit in den vordersten Reihen steht, diese Annahme nahe.

Sei dem wie ihm wolle — so viel steht fest, dass die Heredität in der Tuberculose die ätiologische Hauptrolle spielt und wenn *Cohnheim* auf Kosten der Infectionsdoctrin dieselbe einfach von der Hand weist, so steht er mit den practischen Erfahrungen in directem Widerspruche. *Cohnheim* führt die ganze hereditäre Anlage auf die gesteigerte Infectionsmöglichkeit zurück, durch tuberculöse Muttermilch, durch das beständige Zusammenleben mit einem tuberculösen Familienmitgliede etc. Wenn dies auch Argumente sind, die unsere volle Beachtung verdienen, so scheinen sie mir doch nicht dazu angethan, die Heredität der Tuberculose mit einem nassen Finger durchzustreichen. Wie viele erbliche Tuberculosen beginnen nicht nach langer Abwesenheit vom elterlichen Hause, auf den Schulen, in der Fremde, wo der Contact mit den kranken Familiengliedern und gar mit der tuberculösen Muttermilch längstens aufgehört hat! Und erst die Tuberculosen der spätern Lebensjahre, wie sie für manche Familien charakteristisch sind, wo ihre Mitglieder tuberculös erkranken, nachdem sie unter den verschiedenartigsten Lebensverhältnissen alt geworden, lassen sich vollends nicht unter den Hut der heimathlichen Infection bringen.

Neben dieser ererbten Anlage für Tuberculose oder — genauer gesprochen — Empfänglichkeit für den Tuberkelvirus müssen wir aber auch die erworbene Disposition zur Geltung gelangen lassen. Es würde mich zu weit führen, wollte ich auf alle die krankhaften Veränderungen eingehen, welche die Vorläufer der Tuberculose sein können. Ich will mich damit begnügen, dieselben im Allgemeinen unter dem Gesichtspunct der Infectionslehre zu beurtheilen. Es fällt dies nicht schwer, wenn wir uns der Art und Weise erinnern, auf welche die Bacillen unter normalen Umständen unbeschadet den Körper wieder verlassen können. Ist

dieser Modus des Herausschaffens durch irgend welche pathologischen Zustände gestört, so wird dadurch die Ansiedlung des Pilzes im Körper begünstigt. Diese Hindernisse können im Bronchialrohr liegen, in all' den Fällen, wo der Epithelüberzug defect geworden, bei chronischen Catarrhen, bei Staubinhalationen, oder wenn die Respiration und damit die Ventilation der Lunge eine ungenügende ist: bei Aufenthalt in schlechter Luft und Arbeiten in sitzender gebückter Stellung, durch pleuritische Verwachsungen und Difformitäten des Brustkorbes.

Was hier von der Lunge gesagt ist, gilt natürlich im Princip auch von der andern Infectionspforte, dem Darm.

Als zweite Gruppe können wir diejenigen krankhaften Zustände bezeichnen, die sich durch die gehinderte Ausscheidung des Krankheitserregers durch die Nieren charakterisirt und vor Allem in der Schwäche des Herzmuskels und gestörten Circulation der Gewebssäfte ihren Grund hat. Dahin gehören: Schlechte Ernährung in Folge von socialen Missständen, Cachexien nach schweren Krankheiten, Puerperien und Ueberanstrengungen und hochgradige Chlorosen.

Auch beim Diabetes kann die Schwäche des Herzmuskels die selten ausbleibende Complication mit Tuberculose bedingen, wenn die letztere erst sub finem in die Erscheinung tritt. Beginnt sie schon früher, so bleibt uns immer noch die schon erwähnte Erklärungsmöglichkeit, dass der günstige Nährboden in der chemisch veränderten Beschaffenheit des Blutes liegt.

Damit, meine Herren, hoffe ich die Gesichtspuncte klar gelegt zu haben, unter denen jeder von Ihnen die Infectionstheorie adoptiren und mit den Anschauungen in Einklang setzen kann, die er sich aus seinen Beobachtungen über diese verheerende Krankheit gebildet hat.

Unsere Erfahrungen bestätigen, dass die Tuberculose als reine Infectionskrankheit auftritt. Diese Fälle sind aber verhältnissmässig so selten, dass wir, vom practischen Standpuncte aus betrachtet, die Infection nur als veranlassende Gelegenheitsursache betrachten und die übrigen geschilderten ätiologischen Momente in den Vordergrund stellen müssen. Die Prädisposition, die erworbene und weit mehr noch die ererbte, sie ist das drohende Damoklesschwert der Lungentuberculose; die Infection ist die Scheere, welche den Faden durchschneidet und damit das Schwert und das Opfer zu Falle bringt!

Wenn ich Ihre Aufmerksamkeit noch für einige Augenblicke beanspruchen darf, um von dem Einflusse zu sprechen, den die erwiesene Thatsache der Infectiosität auf unsere therapeutischen Maassregeln gegen die Tuberculose haben wird, so bin ich mir wohl bewusst, dass ich damit die Frage berühre, die vielleicht noch am wenigsten spruchreif ist; denn wenn wir auch über die biologischen Verhältnisse des Tuberkelbacillus schon einige Kenntnisse besitzen, so sind dieselben doch noch zu lückenhaft, um daraus schon Maassregeln zu dessen Bekämpfung und Zerstörung, um daraus eine causale Therapie ableiten zu können.

Möglich, dass sich, wie für die Syphilis, ein specifisches Mittel findet, das den Tuberkelvirus zerstört oder doch wenigstens decimirt und dadurch eine relative

Besserung zur Folge hat, möglich sogar, dass man versuchen wird, die zur Tuberculose Disponirten mit einer Abart des Tuberkelpilzes zu impfen und sie dadurch gegen die Infection immun zu machen. Die Analogie mit den Schutzpocken und den Milzbrandimpfungen der neuesten Zeit lassen die Idee nicht so ungeheuerlich erscheinen, wie man im ersten Augenblicke denken möchte.

Aber in prophylactischer Hinsicht gibt uns die *Koch*'sche Entdeckung schon jetzt bedeutsame Winke. Vor Allem kennen wir in den Sputis die hauptsächlichsten Vermittler des Tuberkelvirus; wir werden ihrer Desinfection unsere ganze Aufmerksamkeit schenken müssen, wir werden es vermeiden, zur Tuberculose Disponirte an Curorte zu schicken, die die Sammelplätze der Schwindsüchtigen sind, oder sie in die gleichen Krankensäle legen.

Ein weiterer prophylactischer Fingerzeig liegt in der Thatsache, dass die Tuberculose des Menschen dem gleichen Virus seine Entstehung verdankt, wie die Perlsucht der Kühe, dass Perlknoten in den Eutern Bacillen in die Milch abgeben und deren Genuss eine Infection vom Darm aus im Gefolge haben kann. Es ist dies ein Factor, welcher die ganze Theorie der Kinderernährung, den Werth der Milchcuren und der Milchcurorte in einem neuen Lichte erscheinen lässt und jedenfalls zu energischen Nachforschungen auffordert. Denn wir dürfen uns nicht etwa mit dem Gedanken trösten, in der Schweiz könne bei der Alpfütterung und dem Weidgang Perlsucht nicht vorkommen. Sie ist selbst in den alpinen Cantonen eine häufige Krankheit und nur noch nicht statistisch erwiesen, wie z. B. in Bayern, wo 1,6‰ des gesammten Viehstandes an Perlsucht leidet und alle Viehschläge gleichmässig davon ergriffen werden.

Unsere vorbeugenden Maassnahmen werden sich also sofort anders gestalten müssen, unsere sonstige Therapie kann vorderhand nicht viel verändert werden. Wir fahren fort, die Schwindsüchtigen unter möglichst günstige Lebensbedingungen zu stellen, wir werden für ihre Ernährung besorgt sein und sie an Luftcurorte schicken, um ihrer mangelhaften Respiration und Säftecirculation neue Impulse zu geben. Denn wenn wir auch so glücklich wären, ein Specificum gegen den Tuberkelpilz zu finden, so würde ja nur dieser, nicht aber die Disposition beseitigt und stünde einer neuen Infection nach dem Geschilderten Thür und Thor offen.

In der Beseitigung der Disposition zur Tuberculose läge der Angriffspunct, von dem aus man der Krankheit allein zu Leibe rücken könnte. Aber erworbene Dispositionen wird es immer geben, so lange es kranke Menschen gibt und um das sociale Elend mit seinen Folgen zu heben, müssen andere Hebel angesetzt werden als diejenigen, welche in der Hand der Aerzte und der Apotheker liegen.

Die hereditäre Disposition aber wird sich so lange vermehren, bis die Heirathen aller Tuberculösen und der Tuberculose Verdächtigen auf dem Wege des Gesetzes verboten sind. Dieser Ausspruch mag unter dem Eindrucke der heutigen Zeitstimmung als Utopie erscheinen. Aber die Zeiten ändern sich. Wenn auch der Eurotas, an dessen Ufern die Spartaner ihre schwächlichen Kinder dem Verderben ausgesetzt haben, niemals durch unser Land fliessen wird, so mögen doch Zeitläufte kommen, in denen der Staat sich mit der Frage zu beschäftigen haben



wird, in welcher Weise das edelste Geschlecht der göttlichen Geschöpfe in seiner ursprünglichen Kraft zu erhalten sei, — nicht dadurch, dass er den Hals der Mörder schützt, sondern dadurch, dass er diesen Fragen das gleiche Interesse und den gleichen Eifer entgegenbringt, der sich in unserm Jahrhundert vorläufig noch auf das liebe Vieh concentrirt.

Ueber die chirurgische Behandlung des Ileus.

Vortrag, gehalten an der Versammlung des ärztlichen Centralvereins in Zürich den 27. Mai 1882

von Prof. Dr. **Krönlein.**

Hochgeehrte Herren Collegen!

Wenn ich mir erlaube, Ihnen meine Ansichten über die chirurgische Behandlung des Ileus vorzutragen, so erfüllt mich dabei nicht etwa das Bewusstsein, diesem so überaus schwierigen Thema eine neue fruchtbringende Seite abgewonnen oder gar durch ein neues Vorgehen das Gebiet der operativen Chirurgie der Abdominalorgane erweitert zu haben — im Gegentheil, was ich Ihnen zu sagen vermag, klingt nicht gerade sehr begeisternd und ist Alles eher als ein Panegyricus auf unser medicinisches Wissen und unser chirurgisches Können. Ich hätte es bei diesem Stande der Dinge auch gar nicht gewagt, gerade dieses Thema zum Gegenstande eines Vortrags zu machen, wenn ich nicht, zumal in der letzten Zeit, zu wiederholten Malen genöthigt gewesen wäre, mich practisch mit der Frage der Therapie des Ileus zu beschäftigen und dabei Gelegenheit gehabt hätte, am Krankenbette die auseinandergehenden Ansichten hochachtbarer Collegen über diesen Gegenstand zu vernehmen. Es drängte sich mir dabei die Ueberzeugung auf, dass es wohl ganz zeitgemäss wäre, das noch so wenig abgeklärte Capitel der Behandlung des Ileus einmal vor einem grösseren Kreis von Collegen zur Sprache zu bringen, und durch den Austausch der Meinungen so vieler Beobachter wenigstens zu einer Feststellung des gegenwärtigen Standpuncts der Frage zu gelangen. Eine Versammlung aber, wie die heutige, zu welcher sämmtliche Disciplinen unserer Wissenschaft, vor Allem die innere Medicin *und* die Chirurgie ihre Vertreter gesandt haben, schien mir für eine solche Discussion das competenteste Forum zu sein.

Ehe ich auf die therapeutische Frage selbst eingehe, erübrigt mir noch, es kurz zu motiviren, warum ich mich bisher mit dem vagen *symptomatischen* Namen „*Ileus*“ begnügt habe, um einen Krankheitszustand zu bezeichnen, der je nach dem concreten Falle exacter und wissenschaftlicher als „*innere Einklemmung*“ oder „*Invagination*“ oder „*Torsion*“ oder „*Compression*“ oder „*Obturation*“ des Darms bezeichnet würde. Der Grund hierfür lag einfach darin, dass es uns in vielen Fällen, in welchen wir an das Lager eines dermaassen Erkrankten gerufen werden, zunächst nur möglich ist, den Symptomencomplex, den wir, einer alten Tradition folgend, eben Ileus nennen, zu constatiren und im Uebrigen das Vorhandensein einer äusseren incarcerirten Hernie und ebenso eines occludirenden Rectumtumors mit Sicherheit auszuschliessen; dass wir es aber

vorerst ganz in dubio lassen müssen, ob diesem Symptomencomplex eine wirkliche Occlusion des Darms, uud nicht etwa eine Typhlitis stercoralis oder eine Perforativperitonitis oder eine Gallen- oder Nierensteinkolik u. s. w. zu Grunde liege. In solchen Fällen bleibt uns zunächst also nichts anderes übrig, als zu sagen: der Patient leidet an den Erscheinungen des Ileus und die nächsten Tage müssen lehren, ob es sich wirklich um eine Darmocclusion handle oder nicht, und welcher Art im erstern Falle die Occlusion sei.

Diese Cardinalfragen waren keineswegs immer schon sicher entschieden, wenn ich als Chirurg von diesem oder jenem meiner inneren Collegen an das Krankenbett gerufen wurde. Bei einem 12jährigen Jungen z. B., der seit 5 Tagen nach dem Genuss von Kuchen an Erbrechen, Obstipation und Schmerzen in der Cœcalgegend litt, schwankte die Diagnose noch zwischen Typhlitis stercoralis und Invagination und konnte erst mehrere Tage später mit ziemlicher Sicherheit auf letztere Affection festgestellt werden. In weitern 4 Fällen, die mir in der Privatpraxis vorgekommen sind, war zwar die Diagnose auf Darmocclusion mit Sicherheit gestellt; allein ganz und gar dunkel blieb es, welcher Art diese Occlusion sei und doch waren seit dem Auftreten der ersten bedenklichen Symptome schon 3, 8, 14, ja sogar 16 Tage verstrichen. In einem dieser Fälle lautete allerdings die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf eine Occlusion des Jejunum — die spätere Section aber deckte eine solche im untersten Theile des Ileum auf. In den andern Fällen aber war über Art und Sitz der Occlusion so gut wie gar keine Meinung zu gewinnen. Reihe ich diesen Erfahrungen aus der Privatpraxis endlich noch meine Beobachtungen aus der Berliner und Giessener Klinik an — in der hiesigen Klinik ist mir bis jetzt noch kein Fall von Ileus ausser bei äussern Hernien vorgekommen — so kann ich den eben erwähnten 5 Fällen noch weitere 5 hinzufügen, in welchen die genauere Diagnose auch nur zum Theil möglich war. Zwei dieser letztern Fälle betrafen Neugeborne mit angeborener Darmocclusion bei übrigens vorhandener Aftereinstülpung und 3 Fälle Erwachsene mit erworbener Occlusion. Einmal konnte ich letztere mit Sicherheit auf die Incarceration einer vorhandenen Hernia properitonealis zurückführen und darnach den Curplan einrichten; zweimal dagegen war die Diagnose ganz oder wenigstens zur Zeit der zur Ausführung gelangten Operation unmöglich.

Die Erfahrungen, welche ich über Ileus in Folge von Darmocclusion bisher sammeln konnte, umfassen somit 10 Fälle, welche ich der Uebersichtlichkeit halber hier nochmals kurz aufzählen will:

I. Angeborene Darmocclusion (dabei rechne ich einzelne Fälle von der leicht diagnosticirbaren Atresia ani nicht mit).

a) Sichere Diagnose intra vitam und vor der Operation.

1) Agenesia recti bei vorhandener Aftereinstülpung.

b) Ganz unmögliche Diagnose:

2) Atresia ilei bei im Uebrigen vollständigem Darmtractus und vorhandenem Anus.

II. Erworbene Darmocclusion.

a) Sichere Diagnose intra vitam und vor der Operation.



3) Hernia properitonealis incarcerata.

4) Coprostasis.

5) Invaginatio ileo-colica.

b) Sichere Diagnose intra vitam, doch erst nach der Operation.

6) Invaginatio colica.

c) Erst post mortem festgestellte Diagnose.

7) Incarceratio ilei, durch ein Loch im Netz bedingt.

d) Unbestimmte und in Ermangelung einer Section auch hinterher nicht feststellbare Diagnose.

8) Tumor abdominis (?).

9) Axendrehung der Flexura sigmoidea (?).

10) (Gar kein Anhaltspunct für eine genauere Diagnose.)

Von den 10 Fällen gestatteten also nur 5 eine sichere Diagnose intra vitam, und von den andern 5 konnten 2 nach dem erfolgten Exitus letalis durch die Section aufgeklärt werden, während die 3 andern nicht zur Section kamen, da die erfolgreiche Operation den Ileus hob und diese Patienten entweder zur Zeit noch leben (1 Fall) oder später erst und zwar ausserhalb gestorben sind, ohne dass eine Obduction vorgenommen wurde (2 Fälle).

Ich glaube dabei nicht noch besonders hervorheben zu sollen, dass alle die genannten Fälle mit jeglichem Hülfsmittel der Diagnostik und mit aller Sorgfalt, immer auch von mehreren Aerzten zugleich, untersucht und zur Sicherstellung der Diagnose überhaupt nichts versäumt worden ist. Gleichwohl gelang die Diagnose, wie ich erwähnte, nur in 5 Fällen, welche ich hier ganz kurz anführen will:

1) Agenesia recti bei vorhandener Aftereinstülpung (vergl. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 35, 1879). Als mir das 6 Tage alte Kind mit allen Erscheinungen des Ileus in die Klinik in Giessen gebracht wurde, machte ich zuerst den Versuch, vom Damm aus den Enddarm aufzusuchen und einen Dammafter anzulegen, musste mich aber während dieser Operation, bei welcher ich selbst vor der Eröffnung des Peritoneum nicht zurückscheute, überzeugen, dass das Rectum vollständig fehlte, weshalb ich sofort zur Laparo-Enterotomie nach *Littre* schritt. Das Kind heilte und gedich vortrefflich.

2) Invaginatio ileo-colica. Als ich den 12jährigen Jungen zuerst sah, stellte ich mit dem mich consultirenden Collegen zusammen die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Typhlitis stercoralis, liess aber vom 8. Tage an diese Diagnose fallen und erkannte auf eine Invaginatio ileo-colica, weil es mir nunmehr möglich war, bei der Rectaluntersuchung durch die Rectumwand hindurch das Intussusceptum als einen deutlichen Zapfen zu fühlen. Der Junge litt bereits an den Erscheinungen diffuser Peritonitis und die in Vorschlag gebrachte, aber bei dem äusserst leidenden und elenden Zustande des Knaben nur schwach vertheidigte Operation wurde von den Eltern abgelehnt. Der Junge starb am 16. Tage nach dem ersten Auftreten der Ileussymptome und die Section zeigte, dass das Ileum etwa $^1/_2$ Meter lang in das Colon invaginirt und das Intussusceptum vollständig schon brandig war.

3) Hernia properitonealis incarcerata (vergl. *v. Langenbeck's* Archiv Bd. XXVI, 1881). Es zeigte sich bei dem 29jährigen Patienten das ganze classische Bild dieser eigenthümlichen Bruchform, bei welcher der Bruchsack als ein Divertikel des parietalen Bauchfells zwischen diesem und den Bauchdecken liegt; und die Diagnose konnte mit absoluter Sicherheit gestellt werden. Ich spaltete die Bauchdecken über dem *Poupart'*schen Bande, eröffnete den Bruchsack und beseitigte die Incarceration, worauf der Kranke genas.



4) Invaginatio colica. In diesem Falle, einen Mann von ca. 48 Jahren betreffend, konnte die Diagnose anfänglich, d. h. zu der Zeit als Pat. der *v. Langenbeck*'schen Klinik zuging, nur auf Darmocclusion mit bestehendem Ileus gestellt werden und erst längere Zeit nach der von meinem verehrten Lehrer ausgeführten und glücklich verlaufenen Operation gelang es mir, bei einer Untersuchung des Rectum das Invaginatum deutlich etwa 3 Zoll oberhalb des Anus nachzuweisen und mit dem Mastdarmspeculum sichtbar zu machen.

5) Coprostase. Auch hier war die Diagnose nicht sehr schwer. Eine 20jährige sehr hochgradige habituelle Obstipation bei einer 54jährigen Frau war dem 8tägigen Ileus vorangegangen; die lebhafte Darmperistaltik, welche durch die Bauchdecken deutlich zu constatiren war, der bedeutende Meteorismus bei auffallend geringer Schmerzhaftigkeit des Abdomens — endlich der Erfolg, welcher mit der eingeschlagenen Therapie, Massage und Electricität, nebst hohen Wasserklystieren, erzielt wurde, liessen eine andere Diagnose nicht aufkommen.

War es in den eben kurz skizzirten Fällen möglich, die Diagnose auf Art und Sitz der Occlusion mit Sicherheit hinzustellen, so gelang solches dagegen in den andern 5 Beobachtungen keineswegs. Es war unmöglich, bei dem aufgetriebenen und schmerzhaften Leibe zu einem verwendbaren palpatorischen Resultate zu gelangen, auch die Untersuchung per rectum blieb negativ, und was die weiteren diagnostisch verwerthbaren Momente betrifft, wie Anamnese, Eintritt des Erbrechens, Aussehen des Erbrochenen, primärer Localschmerz, Grad des Meteorismus, grössere oder geringere Rapidität des ganzen Verlaufs — so wird mir Jeder, der solchem Krankheitsbilde schon mehrfach gegenüberstand, Recht geben, wenn ich behaupte, dass damit nicht viel anzufangen ist, wenn es sich um eine feinere Diagnose handelt. Dies wurde uns wieder so recht klar in dem einen der hinterher zur Obduction gelangten Fälle. Der Anfang des Leidens war hier ein ganz acuter gewesen mit plötzlichem Erbrechen, Leibschmerz, Collaps, Abgang von wenig frischem Blut per anum — dann folgte ein latenteres Stadium, geringere Heftigkeit der Erscheinungen, kein Erbrechen mehr, trotz Genuss von mässigen Gaben Wein, Beeftea, Caffee u. s. f. — am 10. Tage aber trat der Tod unter allen Erscheinungen diffuser Peritonitis ein. Die Section zeigte eine ganz scharfe Incarceration einer 1 Meter langen unteren Ileumschlinge, welche in einem thalergrossen Loche des Omentum colicum Halleri sich gefangen hatte.

Und wie völlig dunkel war und blieb nicht jener andere, später obducirte Fall, welcher das neugeborene Mädchen Elisabeth K. (vergl. *Krönlein, v. Langenbeck*'sche Klinik und Poliklinik. Berlin 1877. S. 167. Taf. VII, Fig. 10) in der *v. Langenbeck*'schen Klinik betraf! Das Kind erbrach von Geburt an bis zu seinem nach 14 Tagen eintretenden Tode Alles, was es genoss, sofort wieder und hatte nie eine Stuhlentleerung. Und doch war ein Anus vorhanden und führte derselbe in ein Rectum und dieses weiter in's Colon. Dabei nur mässiger Meteorismus. Nun, die Section gab genügenden Aufschluss. Der ganze Darmtractus in der Länge von 396 cm. vom Pylorus bis zum Anus war als ein hohler Schlauch zwar vorhanden; allein im Ileum, 96 cm. oberhalb der Valvula Bauhini fand sich eine quere Scheidewand, ein Diaphragma, das den Darm hier völlig in einen colossal ausgedehnten obern und einen unendlich zarten, collabirten untern Theil trennte. Wer vermöchte eine solche Occlusion intra vitam zu diagnosticiren!

Meine Herren! Ich konnte Ihnen diese casuistischen Mittheilungen nicht ersparen; denn es schien mir unbedingt nothwendig, durch einige Beispiele es zu illustriren, wie dürftig es zur Zeit noch mit der Diagnose sogenannter Ileusfälle bestellt ist; wie froh wir schon sind, wenn wir überhaupt erst zur sicheren Erkenntniss der so viele verschiedene Zustände umfassenden Darmocclusion gelangt sind. Können Sie da sehr viel von der Therapie erwarten? Oder halten Sie es etwa mit jenem alten Berliner Sanitätsrathe, der einem jüngeren, weniger optimistisch angehauchten Jünger Aesculaps die Versicherung gab, dass er sich zwar wohl dann und wann mal in der Diagnose irren könne, in der Therapie niemals? Schwerlich!

Sehen wir indess zu, was aus unseren 10 Fällen von Darmocclusion geworden ist!

Ich habe schon oben bemerkt, dass der Fall von Coprostase mit Ileuserscheinungen durch ein unblutiges Verfahren geheilt wurde. Von den übrigen 9 Fällen wurden 6 operirt und genasen; 3 nicht operirt — diese starben.

Diese Erfahrungen, meine Herren, sind es, die mich veranlasst haben, dieses Thema hier zur Sprache zu bringen und Ihnen in Betreff der chirurgischen Behandlung des Ileus oder, wie wir wohl jetzt besser uns ausdrücken, der Darmocclusion einige Vorschläge zu machen.

(Schluss folgt.)

Vereinsberichte.

XXV. Versammlung des ärztlichen Centralvereins in Zürich

Freitag, den 26. Mai, Abends und Samstag, den 27. Mai 1882.

Präsident: Dr. *Sonderegger*. Schriftführer ad hoc: Dr. *E. Haffter*.

(Schluss.)

Klinik in der neuen Gebäranstalt.

Herr Prof. *Frankenhäuser* spricht über Retentionsgeschwülste bei gedoppelten innern Genitalien und demonstrirt an einer Lebenden eine der gefährlichen Folgen dieses Entwicklungsfehlers, an zwei Präparaten zwei andere das Leben bedrohende Ausgänge von Retentionsgeschwülsten. Der erste, höchst interessante Fall folgt hier nach einem vorliegenden Manuscript des Herrn Prof. *Frankenhäuser* in extenso:

Geehrte Herren Collegen!

Retentionsgeschwülste kommen an den Genitalien zwar auch bei einfachem Zustand derselben, also bei vollständiger Verschmelzung der *Müller*'schen Gänge vor; sie treten bei Verschluss der Vagina, Fehlen derselben, Verschluss des Uterus als Hæmatocolpos, Hæmatometra, Hydrometra, ausserdem als Hæmatosalpinx und Hydrosalpinx auch ohne Verschluss auf, aber doch sind diese Fälle sehr selten und bieten denn auch der Diagnose nicht so leicht Schwierigkeiten, wie das bei Verdoppelungen der Fall ist. Bei jenen fehlt die Regel ganz, desshalb wird man leicht an die vorliegende Anomalie denken, bei Verdoppelung hingegen kann eine der Hälften verschlossen, die andere offen sein und functionelle Störungen sind dann nicht vorhanden; schon aus diesem Grunde wird die Diagnose schwieriger. Es kommt noch hinzu, dass die in den Lehrbüchern angegebenen Symptome durchaus nicht so regelmässig auftreten, als man wohl glaubt, ja in vielen Fällen kann man nur die Resultate der bimanuellen Untersuchung für die Diagnose verwerthen.

Während früher die Verdoppelungen der inneren Genitalien fast nur als Curiositäten betrachtet wurden, sieht man mit jedem Jahre mehr ein, dass dieselben eine grosse practische Bedeutung haben. Je genauer man untersuchen gelernt hat, um so häufiger werden sie gefunden; viele derselben bleiben aber auch jetzt noch unentdeckt, besonders, wenn dieselben nicht mit einer einseitigen

Atresie complicirt sind oder bei Frauen sich finden, die unverheirathet oder ungeschwängert bleiben. Bei diesen braucht gar keine Störung einzutreten und eine Untersuchung unterbleibt. Sollte aber auch eine solche aus irgend einem Grunde vorgenommen werden, so entgeht unter diesen Verhältnissen dem Explorator die Anomalie leicht. Besonders Fälle von Verdoppelung der Scheide werden leicht übersehen. Man dringt mit dem Finger in eine Scheide ein, fühlt in ihr einen Scheidentheil, über dem Scheidengewölbe bei bimanueller Untersuchung auch wohl eine Geschwulst neben oder an dem Uterus, die leicht für ein Fibroid oder eine Ovarial- oder Tuben-Geschwulst genommen wird. Neben der zweiten Scheide ist man vorbei gegangen, da ihr Eingang meist etwas rückwärts in der weiteren Scheide liegt, die Oeffnung klein ist und bald seitlich, vorn oder hinter dem untersuchten Scheidenrohr in die Höhe geht. Auf eine Verdoppelung der Scheide wird man in vielen Fällen erst aufmerksam durch eine über dem Scheidengewölbe neben dem Uterus liegende Geschwulst, die sich schwer deuten lässt, durch eine anomale Gestalt des Uterus selbst, durch eine mangelhafte Vertiefung eines Scheidengewölbes, nur ausnahmsweise durch Quermembranen oder eine sichtbare Verdoppelung des Scheideneingangs, öfter noch durch eine ungewöhnliche Enge des Scheidenrohres. Deshalb wird man von verheiratheten Frauen auf eine solche Anomalie aufmerksam gemacht und ist eine Frau schwanger geworden, so wird man noch weitere Anhaltspuncte für die Diagnose gewinnen, aber immerhin wird auch dann der Uterus duplex und bicornis etc. noch oft und leicht übersehen. Die ungewöhnliche Lage des wachsenden Uterus in der linken Seite mit stark nach rechts gerichtetem Muttermund; die Kürze des einen Scheidengewölbes, ein Tumor am Halse des Uterus, daneben wiederholte Aborten, die Ausstossung einer Decidua aus der ungeschwängerten Hälfte im 3.—4. Monate der Schwangerschaft und bei Fortdauer derselben kann zur richtigen Diagnose den Weg weisen, kann aber auch zur Verwechslung mit Fibroiden und Extrauterinschwangerschaft führen; oft macht erst die Ruptur eines mangelhaft entwickelten und geschwängerten Uterushorns die Section und selbst diese nicht immer den Fall klar, denn viele derselben werden noch heute für Tubenschwangerschaften genommen, wie das Ihnen vorliegende Präparat beweist, weil die Wichtigkeit des Ansatzes des Ligament. rotund. zur Scheidung dieser Fälle nicht allgemein gewürdigt wird.

Sehr erleichtert wird die Diagnose durch einen einseitigen Verschluss; hier bildet sich neben einer engen oder gut entwickelten Scheiden- oder Uterushälfte eine Retentionsgeschwulst in Scheide, Gebärmutter oder Tube, die von unten nach oben entsteht und an Grösse zunimmt, dadurch bessere Anhaltepuncte für die Diagnose gewährt, aber doch auch häufig noch zu spät erkannt wird und deshalb zu einem lethalen Ausgang führt. Die rechtzeitige Diagnose ist aber deshalb so wichtig, weil sie es ermöglicht, dass durch eine gefahrlose kleine Operation ein ungünstiger Ausgang vermieden werden kann. — Fälle dieser Art sind nun so selten, wie man früher annahm, nicht. Ich habe in den 10 Jahren, in denen ich in Zürich thätig bin, 13 derselben gesehen. Die verschlossene Höhle sah ich entweder ausgedehnt: 1) durch ein befruchtetes Ei, eine Schwangerschaft; 2) durch

Blut, welches die Regel lieferte; 3) durch Schleim; 4) durch Eiter. In dem Fall, welchen ich Ihnen vorstelle, ist das obere Ende der Scheide, die Gebärmutter und die rechte Tube durch eine sehr bedeutende Eiteransammlung ausgedehnt.

Die junge Frau, die, wie Sie sehen, sehr abgemagert ist, ist 21 Jahre alt. Die Regel trat im 16 Jahre ein, zwei Monate lang ging derselben eine hochgradige Bleichsucht voraus, wobei die Patientin über Kopfweh, Appetitlosigkeit und starkes Herzklopfen klagte. Letzteres soll jetzt noch selbst bei vollständiger Ruhe leicht eintreten. Dabei war sie aber gut genährt, voll und besonders die Brüste gut entwickelt. Die Regeln setzten vom 16. Jahre ab nie aus, sie erschienen in den ersten ¾ Jahren alle 14 Tage, die Blutung war stark, dauerte 3 Tage und verursachte, wie auch später nie Schmerzen. Später erschien die Regel alle 4 Wochen, 3 Tage lang, stark aber schmerzlos. Schon seit einigen Jahren etwa im 18. ihres Lebens wurden die Brüste schlaffer und besonders sollen sie im letzten Jahre fast atrophisch geworden sein. Am übrigen Körper beobachtete Patientin damals noch keine Abnahme, erst in letzter Zeit verliert sie auch an Körperfülle und doch muss sie nicht viel arbeiten, isst gut und fühlt sich wohl. Erst im September 1881 erkrankte sie acut unter lebhaften Schmerzen im ganzen Unterleib, der rasch zu beträchtlicher Grösse aufgetrieben und sehr gespannt wurde. Dabei Fieber, belegte Zunge, Appetitlosigkeit, beschleunigte Respiration, Verstopfung aber kein Erbrechen. Einen Tag vor Beginn dieser Erscheinungen hatte die periodische Blutung, die nichts besonderes bemerken liess, aufgehört; sie zeigte sich wieder zwei Tage nach der Erkrankung als ziemlich starke Blutung, die zwei Tage anhielt. Der Arzt nahm eine Peritonitis an. Etwa nach 3 Wochen war die Patientin so weit wieder hergestellt, dass sie aufstehen konnte, der Schmerz war verschwunden, das Allgemeinbefinden wieder gut, aber die Auftreibung des Leibes, nicht vollkommen gewichen. Im November 1881 also vor etwa 8 Monaten verheirathete sie sich mit einem gesunden Manne und befand sich wohl bis zum 13. Februar 1882, wo die Patientin die Poliklinik besuchte und über die Auftreibung des Leibes, aber nicht über Schmerzen klagte. Bei der Untersuchung entdeckte man eine eigenthümlich gestaltete Geschwulst, die vollkommen schmerzlos war. Man vermuthete sofort eine Retentionsgeschwulst, bestellte aber, da nicht Zeit genug für eine gründliche Untersuchung war, die Kranke wieder herein. Sie kam am 15. Februar wieder und klagte jetzt über stechende Schmerzen, zumal in den unteren Partien des Abdomen; Patientin fieberte und hatte keinen Appetit. Der Umfang der Geschwulst hatte beträchtlich zugenommen. Ihre letzte Periode hatte die Kranke durchaus schmerzlos vor drei Wochen. Die Untersuchung am 15. Februar ergab folgendes: Das Abdomen ist mässig aufgetrieben, in demselben fühlt man unmittelbar unterhalb des Nabels eine quergelagerte wurstförmige Geschwulst von einem Querdurchmesser von 4—5 Centimeter und einer Länge von 23—24 Centimeter. Dieselbe verdickt sich keulenförmig nach links hin, ist nach allen Seiten beweglich und lässt sich namentlich auch nach oben bis fast in die Magengrube hinaufschieben. In ihrer Mitte ist eine stricturförmige Einschnürung, ihr freies Ende scheint nach links zu liegen, wenigstens ist die linke Seite *entschieden am beweglichsten*; bei der innern Untersuchung fühlt man die Port. vaginalis nach vorn gedrängt

durch eine hinter ihr und im Douglasischen Raume liegende über hühnereigrosse Geschwulst, die auffallend weich, elastisch, fast fluctuirend ist. Der Uterus liegt in antecurvirter Stellung mit etwas nach links gerichtetem Körper vor derselben und hat normale Grösse und Consistenz; die Höhle desselben ist 7½ Centimeter lang, vom Fundus nach links hin lässt sich eine Tube zu dem kleinen Ovarium verfolgen, auf der rechten Seite wird am Fundus weder Tube noch Ovarium gefühlt. — Rechts neben dem Uterus fühlt man noch einen dritten Tumor, welcher den Uterus an Grösse um mehr als das Doppelte übertrifft, denselben namentlich nach vorn und oben überragt; derselbe steht mit dem hinter dem Cervix liegenden Tumor im Zusammenhang, so dass beide zusammen eine nach oben gekrümmte hufeisenförmige Gestalt bilden mit einer dünnern Stelle in der Mitte; beide zusammenhängende Geschwülste umfassen den Uterus von links hinten und unten rechts, oben und vorn in einer Spirale. In der Höhe des inneren Muttermundes steht der Tumor durch einen deutlich fühlbaren fingerdicken Strang mit dem Uterus in Verbindung. Eine Vorschiebung des Uterus vor dem Tumor, die ziemlich hochgradige Beweglichkeit erkennen lässt, überträgt sich auf den Tumor und umgekehrt. Auf der Höhe des mittleren, dritten Tumor, an dessen inneren Seite, fühlt man eine kleine Hervorragung. Die Deutung ist folgende: Die querliegende, oberste Geschwulst, die sich nach links keulenförmig verdickt, ist die erweiterte Tube, der dickere Theil das Abdominalende. Der mittlere, hinter dem Cervix liegende Tumor ist der II. Uterus, der unterste, hinter dem Scheidegewölbe gelegene: das Scheidenrudiment. Für die Richtigkeit dieser Annahme spricht das Fehlen der rechtsseitigen Tube an dem Uterus unicornis, der Tumor steht mit demselben in Verbindung durch einen Strang, der sich an die Einschnürung dem Cervix beiderseits inserirt, am Tumor beginnt dort der Uterus; derselbe steht wahrscheinlich mit dem rechten Ende der querverlaufenden Geschwulst in Verbindung, doch ist das nur Annahme, die Verbindung ist nicht nachweisbar; der Tumor enthält entschieden Flüssigkeit, Hæmatometra, Hydrometra, vielleicht jetzt Pyometra. Am 21. Februar trat die Patientin in die Anstalt ein. Es wurde wiederum eine Vergrösserung constatirt, der Bauch ist stärker aufgetrieben, der Tumor im hinteren Scheidegewölbe ist enorm gewachsen, so dass er bis in die Mitte der Scheide herunterragt und Fluctuation noch viel deutlicher zu fühlen ist. Die Frau hat jetzt sowohl spontan, wie namentlich auf leisen Druck heftige stechende Schmerzen. Temp. 38,2, Puls 100. Man muss jetzt entschieden eine Entzündung der Wand annehmen und nur zu Unterrichtszwecken wird die Operation bis zum folgenden Tag verschoben, unterdessen wird eine Eisblase aufgelegt und dadurch die Schmerzen bis zum folgenden Tag beträchtlich ermässigt. — Am 22. Februar 1882 wurde in den über dem hintern Scheidengewölbe liegenden Tumor ein dicker Troicart eingestochen und 500 Gramm flüssigen strohgelben Eiters entleert; es fanden sich neben Eiterkörperchen in ihm auch noch Cylinderepithelien. Es verkleinerte sich nun der für den Nebenuterus und das Scheidenrudiment gehaltene Tumor; der obere quergelagerte für die erweiterte Tube angesprochene blieb ganz unverändert, nur rückte mit vorschreitendem Abfluss des Eiters seine linke Seite tiefer, während die rechte weiter oben stehen blieb. Schon jetzt sah man, dass man sich die Ver-

bindung der Geschwulst mit dem Uterus anders denken musste, als man ursprünglich angenommen. Die rechtsliegende Seite entsprach dem Fimbrienende, die links liegende ging zum Uterus. Die Canule des Troicart blieb liegen. Nach der Entleerung wird eine 2% Carbolinjection gemacht. Jedes Drücken wird vermieden; diese Einspritzungen werden dann mehrfach wiederholt; die immer noch bestehenden Schmerzen durch Morphium gemässigt. Auch am 23. traten hin und wieder Schmerzen im Abdomen auf; am 24. befand sich die Patientin besser, die Schmerzen haben jetzt einen wehenartigen Charakter mit freien Intervallen. Später musste, da die Troicartcanüle wiederholt herausfiel, die Oeffnung mit dem Messer dilatirt werden. Erst am 2. März wurde dann auch der obere Tumor weicher, stellte sich mit seiner Längenachse in die des Körpers, indem das linke Ende immer tiefer in das Becken trat; dabei floss fortwährend Eiter ab, aber bei Drücken auf den oberen Tumor nicht in grössrer Menge. Doch verkleinerte er sich fortwährend, man muss deshalb einen engen Communicationscanal annehmen; erst Ende des Monats, am 30. März, konnte man den Tubentumor nicht mehr constatiren; die Eiterabsonderung dauerte nun noch wochenlang fort und schwächte die Kranke ausserordentlich. Fieber trat inzwischen nur ausnahmsweise auf. Am 7. Juni wurde der als Scheidenrudiment gedeutete Sack mit einem Messer so weit eingeschnitten, dass man mit dem Finger bequem eingehen konnte. Man kommt dann zunächst in einen 6 cm. langen, 4 cm. breiten schlaffen Sack, dessen Wand mit leicht zu zerdrückenden Granulationen bedeckt ist. Nach rechts und hinten gelangt man weiter in eine für den kleinen Finger passirbare, glattwandige Oeffnung, den Muttermund; durch dieselbe kann man nun weitere 6—7 cm. in die Uterushöhle eindringen, die aber hinten und rechts im Becken fixirt ist. Die Eiterung dauert gegenwärtig noch fort und die Erholung ist eine äusserst langsame, wozu hauptsächlich anhaltende Diarrhœen beitragen. Ich kann damit wohl die Beschreibung schliessen. Augenscheinlich hat in unserem Falle ursprünglich eine Hydrometra lateralis bestanden, entweder ist dann durch die Spannung der Geschwulstwände eine Ernährungsstörung in denselben, ähnlich wie einer übermässig gedehnten Blase, entstanden, eine Entzündung, wobei der Inhalt verciterte. Oder es konnte wohl auch der Druck bei der Untersuchung dazu beigetragen haben, was für diesen Fall nicht wahrscheinlich ist. Aber richtig ist, dass man sich in derartigen Fällen vor starkem Drücken der Geschwulst sehr hüten muss, zumal der Tubentumor ausserordentlich leicht platzt. — In einem zweiten Falle, den ich früher beobachtete, und dessen Präparat Ihnen hier vorliegt, bestand eine Hæmatometra in einem rechten Scheidenrudiment, in einem rechten Uterus und in der rechten Tube; durch die Punction wurde das Blut aus Scheide und Tube entleert. Bei einer vorgenommenen Untersuchung, die entgegen meinem Rathe stattfand, platzte die Tube und eine tödtliche Peritonitis war die Folge. Die grösste Gefahr dieser Retentionsgeschwülste liegt in der Betheiligung der Tuben an der Geschwulstbildung; sind diese schon ausgedehnt, so ist die Prognose sehr zweifelhaft; eine möglichst frühzeitiges Erkennen der Anomalie ist deshalb von der grössten Wichtigkeit.

Das andere Präparat endlich betrifft eine Schwangerschaft in einem rechtseitigen rudimentären Nebenhorn, welches weder mit der Scheide noch mit dem

Uterus in offener Verbindung steht, wo die Schwangerschaft durch Ueberwanderung des Samens zu Stande kam. Diese Fälle weiter zu besprechen, ist die Zeit zu kurz.

Innere Klinik:

Herr Prof. *Huguenin* zeigte zuerst einen Patienten (45jährigen Mann), der den Abend vorher in tiefstem Koma und höchster Cyanose, pulslos, stertorös respirirend eingebracht worden war, und — wie sich herausstellte — ca. 30 grm. Tæ. opii simpl. verschluckt hatte. Trotz energischer Stimulation (Moschustinctur und Aether subcutan) und trotz Antidoten von Pilocarpin und Atropin besserte sich der Zustand nicht; es trat in der Nacht Lungenödem auf, das aber nach einer copiösen Vanäsection sich zurückbildete. Im Momente des Vorstellens ist Pat. ausser Gefahr: Schwerbesinnlich; reagirt aber auf Anrufen; Puls des Radialis deutlich fühlbar; 42 in der Minute; Cyanose weniger bedeutend; Respiration noch sehr ungleichmässig; das Wiederauftreten des Radialpulses, d. h. das Heben der Herzthätigkeit ist das sicherste Kriterium für eine günstige Prognose.

2) Im Weitern wurde vorgestellt ein ca. 30jähriger Mann mit anfänglich heftigen, neuralgischen Schmerzen in den untern Extremitäten, tonischen Contracturen ihrer Musculatur und secundärer Lähmung und partieller Atrophie derselben. Prof. *Huguenin* stellte die Diagnose auf Neuritis der Cauda equina. Gegenwärtig sei der Prozess abgelaufen, das ursprüngliche Leiden — die Entzündung — gehoben. Ein gewisses Quantum Nervenfasern aber sei dabei unwiederbringlich verloren gegangen und mit ihnen auch ein entsprechender Theil der Muskulatur.

Aufgabe der Therapie sei es, die noch vorhandenen Muskeln möglichst zu kräftigen und zu stärken, in der Hoffnung, dass sie dann — auch abzüglich des verloren gegangenen Quantums — genüge, den Gehact zu vollziehen.

3) Herr Prof. *Huguenin* zeigt einige schnittoperirte Empyeme und betont bei der Besprechung dieser Operation, dass die Frage: Mit Rippenresection oder ohne keine prinzipielle sein könne, sondern individualisirt werden müsse.

4) Anlässlich eines Falles von Gehirntumor, der hätte vorgestellt werden sollen, aber unterdessen auf den Sectionstisch gekommen war, sprach Herr Prof. *Huguenin* über Localisation der Hirngeschwülste im Allgemeinen, demonstrirte einen Mann mit rasch wachsendem Tumor des rechten Scheitelhirns und lud zur Theilnahme an der Section des erst erwähnten Falles ein. — Die Diagnose hatte gelautet auf linksseitigen Tumor des pons; die Section ergab den interessanten Befund: Syphilome des linken Schläfelappens; durch die Schwellung der linken Hirnhälfte ist die Mittellinie des Hinterhirns und verlängerten Markes stark nach rechts verdrängt und es hat die linke Hälfte des verlängerten Markes einen passiven Druck des Epistropheuszahnes erlitten; dadurch war es möglich, dass am Lebenden ein Symptomencomplex sich ausbilden konnte, der einen Tumor des pons vortäuschte.

Wie einst vor Zeiten ging's nach der Klinik zum Frühschoppen.

Frühschoppen! Du schöne Erfindung! Du Trost der durstigen Seelen! Du Wiege der sauren Leber und des Härings und der besten schlechten Witze, die je

das Licht der Welt erblickt haben! Du Grabstätte des Katers! Mit deinem Bier- und Rettigduft sei mir gepriesen!

Neugestärkt versammelte man sich um 12 Uhr im Rathhaussaale. Die sehr unvollständige Theilnehmerliste zeigt 172 Anwesende (Zürich 74, Aargau 18, St. Gallen 15, Bern 11, Glarus und Thurgau je 9, Luzern 8, Schaffhausen 7, Basel 6, Graubünden 4, Unterwalden 3, Schwyz und Solothurn je 2, Appenzell, Baselland, Wallis und Zug je 1.

1) Unser verehrtes Präsidium, Herr Dr. *Sonderegger*, eröffnete die Versammlung mit einer ernsten Umschau, welche die Spitze von Nr. 12 dieses Blattes ziert. Das Andenken der drei Vollendeten, welcher Redner gedachte — „des geistvollen *Rahn-Escher*, des edlen *Meyer-Hofmeister* und des gelehrten *De la Harpe*" — ehrte die Versammlung durch allgemeines Aufstehen.

2) Der ärztliche Centralverein beschliesst (mit allen Stimmen gegen eine), die Alcoholfrage in der vom Präsidium angedeuteten Weise durch Irrenärzte, Gefängnissdirectoren u. s. w. studiren und den Bundesbehörden darauf bezügliche Ergebnisse einhändigen zu lassen.

3) Er erklärt, im Anschluss an seinen Votationen zu Bern (1881) und zu Basel (1880) auf's Neue:

a) Er ist einverstanden mit den Grundsätzen des eidgenössischen Epidemiengesetzes.

b) Insbesondere auch mit den Vorschriften über Impfung (eine Stimme dagegen).

c. Er ermächtigt sein Comité, diesen Beschluss nach Gutdünken zu verwerthen.

3) Vortrag von Herrn Prof. *Huguenin* über Aphasie mit Demonstration von einschlägigen Spirituspräparaten. Einleitend bemerkt der Vortragende, dass es nicht, wie man früher glaubte, ein Sprachcentrum im eigentlichen Sinne des Wortes gibt, sondern dass der für die Functionen der Sprache nothwendigen Gehirntheile verschiedene sind, welche ziemlich auseinander liegen; nämlich

a. Die Schläfenwindung (als Behälter der letzten nervösen Endorgane des Acusticus),

b. die *Reil*'sche Insel und

c. Die *Broca*'sche Windung.

Läsionen dieser verschiedenen Gehirnpartien oder der sie verbindenden Stränge erzeugen wieder verschiedene, scharf charakterisirte Krankheitsbilder, wie folgt:

Ad a: Läsionen der Schläfenwindung: das Verstehen des Gehörten hört absolut auf.

Ad b: Erweichungen, Embolien, überhaupt alle lädirenden Prozesse in der Inselrinde verlaufen mit Störungen der Intelligenz, Abnahme des Ideenvorrathes. Es macht den Eindruck, als habe dieser Rindenbezirk den Zweck, Stapelplatz für die von allen Seiten einziehenden Sinneseindrücke zu sein.

Ad c: Bei Schädlichkeiten in der *Broca*'schen Windung zeigen sich Intelligenz und Begriffe ganz normal, aber die Klangbilder fehlen. Der Begriff ist



vorhanden, aber es fehlt der Name dafür. Ist die Verbindung zwischen Schläfenwindung und Insel geschädigt, so bleibt die Intelligenz vollkommen erhalten. Der Patient hört und versteht; aber er kann auf die gehörte Frage nicht antworten, weil der Weg, auf dem die Antwort ausgelöst werden soll, unterbrochen ist. Dagegen ist er ganz gut im Stande subjective Wünsche auszudrücken. Bei Läsionen der Verbindung zwischen *Reil*'scher Insel und *Broca*'scher Windung percipirt der Patient die Idee; wenn er sie aber zum Klangbild umsetzen will, so fehlt der Weg; der motorische Theil des Klangbildes ist unmöglich.

An der anschliessenden Discussion betheiligen sich Herr Dr. *G. Burckhardt* aus der Waldau und Herr Prof. *Forel*. Ersterer beobachtet z. Z. einen reinen Fall von gänzlicher Worttaubheit, seit einem Jahre bestehend, ohne motorische Lähmung, abgesehen von einer linksseitigen Facialisparalyse. Letzterer hatte Gelegenheit, eine weibliche Kranke, die vollständig worttaub gewesen, zu seciren und links vollständige, rechts theilweise Atrophie der I. und II. Schläfenwindung zu finden.

4) Das Präsidium theilt mit, dass die Herbstsitzung (laut Beschluss der letzten Versammlung in Olten) wegen des hygienischen Congresses in Genf ausfällt. Als Versammlungsort für den Frühling wird Basel oder Bern vorgeschlagen: die Versammlung — eingedenk des herrlichen Festes im Mai 1880 — stimmt mit grosser Mehrheit für Basel.

Im Anschluss ladet Herr Prof. *d'Espine* aus Genf, der als Gast und Deputirter der Société médicale de la Suisse romande anwesend ist, in liebenswürdiger und herzlicher Weise zur Theilnahme am hygienischen Congress in Genf ein.

5) Herr Prof. *Krönlein* trägt vor: Ueber die chirurgische Behandlung des Ileus (folgt in extenso). In der anschliessenden Discussion empfiehlt Herr Dr. *Steiger* aus Luzern bei Ileus das tief in den Dickdarm eingeführte Rohr mit einer geladenen Siphonflasche in Verbindung zu setzen und auf diese Weise Kohlensäure entwickelndes Wasser unter starkem Druck einströmen zu lassen. Dieses originelle (längst bekannte, Red.) Verfahren habe ihn in einem Falle, bei dem Massenklystiere nutzlos waren, zum Ziele geführt.

6) Herr Dr. *Veraguth* trägt vor über: Die Stellung der practischen Medicin zu den neueren Anschauungen über die Aetiologie der Tuberculose (folgt in extenso).

Aufgestellte Microscope ermöglichten die persönliche Bekanntschaft mit dem nach *Koch*'scher Methode gefärbten Bacillus tuberc.

Ohne Zweifel wäre dem Vortrage eine höchst lebhafte Discussion gefolgt; aber schon hatte die Stunde des Coulissenwechsels geschlagen und in der ernsten Versammlung stellten sich beunruhigende Symptome ein: Gefühl von grübelnder Leere im Magen, Trockenheit im Rachen, Unruhe in den Gliedern. Das Machtwort des Präsidenten schloss daher in prophylactischer Weisheit die Sitzung, verschob die Discussion auf die nächste Sitzung und entsandte die ermatteten, stärkungsbedürftigen Schaaren dorthin, wo die wahre kräftigende Universallebensessenz in bouchirten Flaschen zu haben war, zu den Fleischtöpfen des Hôtel Baur au lac. — An dem Bankette nahmen über 200 Collegen Theil. Wie gewohnt entwickelte sich bald eine rauschende Fröhlichkeit und die Abwicklung des reichen

Menu's wurde erleichtert und verschönert durch die Leistungen eines sehr guten Tafelorchesters, das die Zürcher Collegen den Gästen zu Ehren engagirt hatten.

Die erste Fackel zur Lohe der Begeisterung entzündete das Präsidium, Herr Dr. *Sonderegger*. Sein Toast [1]) galt dem Gemeinnützigen und bestand aus einer Reihe von Antithesen und Variationen zu dem Worte, welches ein grosser Politiker in der Bundesversammlung bei Anlass des Branntweinzolles ausgesprochen: „Wir sind hier keine gemeinnützige Gesellschaft". — Ein 200stimmiges Hoch bekräftigte die Worte, die bittern Ernst hinter launigen Scherz zu verbergen gewusst hatten.

Herr Dr. *G. Burckhardt* aus der Waldau toastirt, „inficirt durch die Liebenswürdigkeit der Zürcher Collegen und geblendet durch die schönen Localitäten, in denen sie uns bewillkommnen" auf die Stadt Zürich und findet in der Versammlung ein kräftiges Echo.

Herr Prof. *d'Espine* aus Genf verläugnet seine französische Zunge und bringt in deutscher Sprache der ältern Universität Zürich einen Gruss vom Benjamin Genf, welcher mit Begeisterung angenommen und durch Herrn Prof. *Oscar Wyss* erwidert wird.

Von Herrn Prof. *Dufour* läuft ein telegraphischer Gruss ein. Die Antwort ist ein donnerndes Hoch auf den Grüssenden, an dem „Name und Mann gleich classisch sind."

Es toastirten noch die Herren Dr. *Nieriker* von Baden und Dr. *Steiger* von Luzern, letzterer in gebundener Sprache und mit dem schönen Kern: „Lass Dein Herz nie werden alt!"

Unterdessen wurde es immer später. Schon war das Fähnlein der Basler aufgebrochen und hatte — trotz der geringen Anzahl — eine fühlbare Lücke hinterlassen; doch den Bannerträger litt es nicht in der entführenden Droschke; „es hatte ihn wieder herausgeworfen" und er kehrte entschlossenen und begeisterten Schritts in den Schooss der Versammlung zurück, wo er mit Jubel begrüsst wurde und noch ein warmes Wort freundlicher Einladung zur nächsten Frühjahrsversammlung in Basel den Collegen entgegenruft.

Alles vergeht, auch ein Bankett und das um so rascher, je gemüthlicher es dabei her- und zuging. Als die Begeisterung auf dem Culminationspunct war und die Welt Einem anfing, Wurst zu werden, pfiff für die Meisten das Abschiedssignal. Nur ein Häuflein blieb und setzte auf den rauschenden Nachmittag einen stillgemüthlichen Abend in der Tonhalle und bewies seinen stets regen ärztlichen Eifer dadurch, dass es Nachts 10 Uhr Herrn Prof. *Krönlein* noch zu einer Tracheotomie begleitete (der 5. an diesem Tage).

So verlief und schloss der diesjährige schweizerische Aerztetag in Zürich! Den lieben Collegen daselbst unsern wärmsten Dank für den herzlichen Empfang, den sie uns zu Theil werden liessen und die Versicherung, dass dem schönen Feste bei allen Theilnehmern ein freundliches Andenken bleiben wird.

---

[1]) Leider fehlt diesem Referate ein Hauptschmuck der frühern, der Wortlaut des *Sonderegger*'schen Toastes. Ein Präsidialbefehl von St. Gallen hat dem Ref. die Feder gestutzt. Ref.



Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.

Präsident: Prof. *Pflüger*. Actuar: Dr. *Dick*.
6. Sitzung 14. Februar, Abends 8 Uhr, bei Webern.
Anwesend 16 Mitglieder.

I. Dr. *Conrad*, gynæcologische Mittheilungen.

1) Ueber üble Zufälle bei Vaginalinjectionen, Demonstration eines neuen Mutterrohres zur Verhütung derselben.

Die Vaginalinjectionen sind eines der unentbehrlichsten und wichtigsten Mittel in der gynæcologischen Therapie, deshalb widmen ihnen auch die meisten gynæcologischen Lehrbücher ein eigenes Capitel, besprechen ihre Methoden, die zu gebrauchenden Apparate: nur einzelne derselben jedoch erwähnen kurz die Gefahren der Vaginalinjectionen. Die gynæcologische Casuistik bringt hie und da Fälle schwerer Erkrankung, auch Todesfälle in Folge von Vaginalinjectionen. *C.* hält dieselben im Ganzen für selten, doch in ihren geringeren Graden für häufiger als gemeinhin angenommen wird, da sie öfters der Beobachtung entgehen oder falsch gedeutet werden; er theilt die Krankengeschichten von 5 Fällen aus seiner Praxis mit, bei denen schon während, oder unmittelbar nach Vaginalinjectionen metritische und perimetritische Reizung, Perimetritis und Pelveoperitonitis mit Exsudatbildung und mehrwöchentlicher intensiver Krankheit auftraten. Die Injectionen waren alle mit dem gewöhnlichen Mutterrohr, in 4 Fällen mit dem Irrigator, 1 Mal mit einer Clystierspritze, 4 Mal in der Rückenlage, 1 Mal auf dem Bidet, von Patientinnen gemacht worden, welche mit der Anwendung der Injectionen vertraut waren; verwendet wurden lauwarme, leicht adstringirende oder schwach antiseptische Lösungen; bei 4 Pat. war der Cervix für den Zeigefinger offen, bei 1 (Virgo) geschlossen, 2 Pat. waren Wöchnerinnen 3 und 4 Wochen nach der Geburt, 3 gynæcologisch Kranke; bei 3 Pat. deuteten Blutabgänge auf geöffnete Blutgefässe im Uterus; entzündliche Zustände bestanden bei der Vornahme der Injectionen nicht. Diese Zufälle glaubt *C.* am ungezwungensten zu erklären durch Eindringen der injicirten Flüssigkeit in den Uterus bei gehindertem oder mangelhaftem Abfluss derselben, wodurch Dehnung des Uterus und entzündliche Reizung desselben und der Adnexa erfolgte; oder durch Eindringen der Flüssigkeit in die Venen des Uterus und der ligament. lata *(Klemm)*, oder auch in die Tuben und die Bauchhöhle; über diese letztere Möglichkeit spricht er sich unter Beiziehung der anatomischen, experimentellen und klinischen Daten ausführlicher aus und kommt zum Schluss, dass diese Möglichkeit unter gewissen Verhältnissen entschieden vorhanden ist.

Zur Prophylaxis solcher Zufälle hat *Conrad* nach vielen diesbezüglichen Versuchen ein Mutterrohr construiren lassen, das sich ihm und Andern nun durch längere Zeit gut bewährt hat; er bezeichnet es als Oesenmutterrohr, da es nur eine ösenförmige $2^1/_2$ cm. lange seitliche Oeffnung hat, durch welche der Injectionsstrahl sich beim Austritt theilend, mit grösserer oder geringerer Kraft je nach der Regulirung, wirkt; geräth ein solches Mutterrohr, wie dies bei geöffnetem, tiefstehendem Cervix wohl möglich ist, in diesen hinein, so ermöglicht die Oese stets den Abfluss der Injectionsflüssigkeit; zudem ist dieses zinnerne Mutterrohr stets

sehr leicht rein zu halten und zu desinficiren, was bei dem bisher gewöhnlich gebrauchten nicht so der Fall ist; schliesslich weist *C.* nach ähnlichen Grundsätzen construirte und in letzter Zeit auf den Markt gekommene Mutterrohre von *Kocks* und *Seiler* vor, auf deren Nachtheile er aufmerksam macht; sie beweisen, dass auch Andere das Bedürfniss nach Abänderung des bisherigen Mutterrohres empfunden haben.

2) Demonstration eines Ergotinpräparates. *C.* wendet das Ergotin zu gynæcologischen Zwecken vielfach subcutan an; er hat alle die verschiedenen, im Laufe der Jahre empfohlenen Präparate vergleichend angewendet, und da ihn keines ganz befriedigte, nach Abhülfe ihrer Uebelstände gesucht, welches Bestreben ihn auf ein Präparat führte, welches sich ihm und Anderen nun seit länger als einem Jahr und bei vielen hundert Injectionen gut bewährt hat.

Ein sorgfältig präparirtes Ergotin wird mit Gelatinemasse vermischt und diese in kleine cylinderförmige Stücke gegossen, deren Gehalt beliebig gewählt werden kann; gewöhnlich halten sie 0,2 Ergotin; ihre Lösung erfolgt leicht in einem kleinen, cylindrischen Glase, welches zugleich zu Aufbewahrung und Transport der Stücke dient, durch Zusatz von einer Morphiumspritze voll Wasser und leichter Erwärmung über der Flamme eines Zündhölzchens. Die Lösung wird etwa auf Körpertemperatur erwärmt unter genauster Beobachtung aller bei der subcutanen Injection geltenden Cautelen injicirt. Schmerzen folgen meist gar nicht oder gehen bald vorüber, Infiltrationen der Haut sind selten, Abscess bis dahin nicht beobachtet; das Präparat bleibt monatelang unverändert; seine Wirkung ist, soweit sich dies entscheiden lässt, und nach einigen Fällen, in welchen es deutliche, wenn auch leichtere Intoxicationserscheinungen hervorrief, zu schliessen, eine sichere.

3) Demonstration eines antiseptischen Genitalverbandes. Der gewöhnlich gebräuchliche Verband mit Stopftüchern, welche mit antiseptischen Lösungen benetzt sind, oder mit antiseptischen Watten hat mancherlei Unzulänglichkeiten, welche zu vermeiden *C.* eine T-förmige Binde aus weichem Mullstoff fertigen liess, in welche ein Polster von antiseptischer Watte eingeschlossen ist; dieses Polster kommt auf die Schamspalte und den Damm zu liegen, ohne sich zu verschieben, saugt die abfliessenden Secrete auf, desinficirt sie, kann leicht gewechselt werden und ist der Patientin ihrer Weichheit wegen sehr angenehm; viele Frauen haben diese Binden auch für die Zeit der Menses acceptirt, und sind sehr zufrieden mit ihnen. Sie sind nur zu einmaligem Gebrauch bestimmt; ihr Preis ermöglicht ihre Einführung in die Praxis.

Discussion. Dr. *Dick* hatte bis dahin noch nicht Gelegenheit gehabt, üble Zufälle bei Vaginalinjectionen zu constatiren; er hält dieselben für ziemlich selten, wie dies auch Dr. *Conrad* bemerkt hat; öfters vielleicht mögen solche vorkommen und wegen mangelhafter Beobachtung anderen Zuständen untergeschoben werden. Gegenüber solchen unabsichtlich in den Uterus gemachten Injectionen, auf die jedenfalls die Zufälle bei den Vaginalinjectionen zurückgeführt werden müssen, werden von *D.* die absichtlich in den Uterus gemachten Injectionen, namentlich die Ausspülungen des Uterus nach geburtshülflichen Operationen besprochen Er macht Ausspülungen mit 3% Carbollösung nach jeder Encheirese und auch sonst



häufig bei Endometritis und hat bei der grossen Zahl von Fällen 3 Mal Zufälle, wie sie von *Conrad* beschrieben wurden, beobachtet; doch erholten sich alle 3 Pat. (2 Mal traten Schüttelfröste auf) in wenigen Stunden von dem Collapsus ohne weitere unangenehme Folgen.

Jedenfalls darf man wegen derartiger seltener Zufälle sich nicht abschrecken lassen von den gewiss vortheilhaften Uterusirrigationen abzustehen; das Hauptaugenmerk ist auf Abfluss der injicirten Flüssigkeit zu richten; dieser wird am besten mit einem daumendicken, doppelläufigen Catheter erreicht.

Die von *Conrad* vorgewiesenen, nach rationellen Grundsätzen construirten Mutterrohre, die ein Eindringen von Flüssigkeit in den Uterus nicht wohl ermöglichen, sind jedenfalls zur Einführung in die Praxis anzurathen.

Dr. *Tramér.* Auch in der Entbindungsanstalt wird nach jedem operativen geburtshülflichen Eingriff des Uterus mit 5% Carbollösung irrigirt, ohne dass von *Tramér* ein übler Zufall gesehen worden wäre, hingegen sah er in zwei gynæcologischen Fällen mit Intrauterininjectionen Parametritiden auftreten. Mit Bezugnahme auf das von *Conrad* empfohlene Ergotin bemerkt *P.*, dass er nach vielen Injectionen mit einer mit Salicylsäure versetzten Ergotinlösung keine Abscesse sah und schreibt dies der Massage zu, die jeweilen an der Injectionsstelle ausgeübt wird.

Schluss der Discussion und Sitzung.

Sitzung, den 17. März 1882, Abends 8 Uhr bei Webern.

Anwesend: 15 Mitglieder.

1. Prof. Dr. *Demme:* Vortrag über Situs inversus viscerum und zwar hauptsächlich mit Rücksicht auf die klinische Diagnose desselben. *Demme* demonstrirt zunächst an einem im August des Jahres 1881 im Berner Kinderspital beobachteten Fall von totaler Transpositio viscerum und reiht hieran eine eingehende Betrachtung des Verhaltens der zu den einzelnen Lungenlappen tretenden Bronchialstämme mit Rücksicht auf die jüngsten Untersuchungen *Aeby's* „über den Bronchialbaum der Säugethiere und des Menschen“. Der in dem vorliegenden Falle zu dem obern Lappen der dreilappigen linken Lunge tretende Bronchialzweig lässt conform der Beobachtung *Aeby's* einen eparteriellen Verlauf nachweisen. Im weitern geht Prof. *Demme* auf die klinische Diagnose des situs inversus ein und schliesst seinen Vortrag mit einer kritischen Beleuchtung der wichtigsten bis jetzt über den situs inversus aufgestellten Theorien.

2. Prof. *Demme*: ein Fall von angeborenem Scheidensarcom. Es betrifft dies ein 5 Jahre altes Mädchen. *Demme* bespricht zunächst die Statistik der bis jetzt im Kindesalter beobachteten Scheidengeschwülste, namentlich die jüngst veröffentlichten Fälle von *Sänger*, *Ahlfeld* und *Soltmann*; hierauf folgt eine ausführliche Mittheilung des im Winter 1881/82 im Berner Kinderspital der sehr rasch auftretenden Recidiven wegen zu wiederholten Operationen gekommenen Falles von angebornem Fibrosarkom der rechten Vaginalwand. *Demme* erläutert die Verhältnisse des anatomischen Baues, sowohl des primären Tumors als auch der Geschwulstrecidiven durch Demonstration einer Reihe hiervon angefertigter instructiver mikroscop. Præparate. Beide Fälle, sowohl der situs inversus, als



der Fall von Fibrosarkom der Vagina, werden im Jahresbericht des Berner Kinderspitals pro 1881 veröffentlicht werden.

Discussion: Prof. *Pflüger* wie Prof. *Lichtheim* glauben nicht, dass ein situs inversus etwas so sehr Seltenes sei; sie sahen beide mehrere Fälle; viele bleiben jedenfalls unbeobachtet: diess glaubt auch Prof. *Demme*; das besondere Interesse dieses Falles lag hauptsächlich in den clinischen Verhältnissen bezüglich Diagnose.

Dr. *Ziegler* bemerkt, dass nicht situs transversus, sondern situs inversus die richtige Bezeichnung sei.

Bezüglich des Falles von Sarcom der Vagina bemerkt Prof. *Müller*, dass solche Geschwülste nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen sehr selten seien.

3. Dr. *F. Schenk*: Demonstration eines neuen Apparates zur Messung der Verkrümmungen der Wirbelsäule und zur Anfertigung von Gypsabgüssen des Thorax.

Dieser Apparat liefert folgende Maasse:

1) Körperlänge des aufrecht stehenden Patienten;

2) Körperlänge des am Kopf hängenden Patienten;

3) Zeichnung des horizontalen Querschnittes an beliebiger Stelle des Rumpfes und

4) Vollständiger Abguss des am Kopfe hängenden Rumpfes in Gyps.

Die beiden ersten Maasse hält der Vortragende für prognostisch wichtig, indem er glaubt, dass je grösser ihre Differenz, desto besser im Allgemeinen die Prognose. Das dritte Maass, die Querschnittszeichnungen, liefern ihm ein sehr anschauliches, zuverlässiges, zu späteren Vergleichungen geeignetes Material zur Krankengeschichte und das vierte Maass der Gypsabguss des am Kopfe hängenden Körpers gilt ihm als die beste und brauchbarste Form zur Anfertigung zweckmässiger Stützapparate, gleichgültig ob dieselben nun aus Stahl, Filz, Gyps, Wasserglas, Leder oder sonst einem harten oder erhärtenden Material hergestellt werden sollen. Als geeignetstes Material empfiehlt der Vortragende das Hartleder.

Referate und Kritiken.

Die Anæsthetica.

Von Dr. *R. Demme*, Professor in Bern. Laupp'sche Buchhandlung in Tübingen.

Dem Verfasser dieser Arbeit, die eine Abtheilung des grossen *Gerhart*'schen Handbuches für Kinderkrankheiten bildet, ist die grosse Unannehmlichkeit passirt, dass das Manuscript, das schon im Jahre 1879 an die Verlagshandlung abgeliefert worden war, erst im Jahre 1882 zum Abdrucke kam. Doch hat die Arbeit, und das spricht wohl am besten für ihren Gehalt und bleibenden Werth, durch das unfreiwillige tertium prematur in annum keinen Schaden genommen und überdies sind die seit 1879 erschienenen Publicationen über Anæsthetica in einem kurzen Nachtrag am Schlusse des Buches kurz besprochen.

D. beschränkt sich im Rahmen einer kurzen Darstellung der Lehre von den Anæstheticis, wie es im Plane der Arbeit liegen musste, hauptsächlich auf die Anwendung der Anæsthetica im Kindesalter und gerade durch diese gut durchgeführte und weise Beschränkung erhält das kleine Buch den Charakter des Abgerundeten und Ganzen und füllt in dem unendlichen Wirrsal der Publicationen über dieses so wichtige und viel bearbeitete Capitel in wohlthuender und geschickter Weise eine wirkliche Lücke aus.



Die folgenden kurzen Bemerkungen über den reichen Inhalt der Arbeit *Demme's* können selbstverständlich nur andeuten, wie Verf. seiner Aufgabe gerecht geworden ist. Einer sehr vollständigen Zusammenstellung der Literatur folgen allgemeine physiologische und geschichtliche Vorbemerkungen, in welchen unter Anderem die rasche Wirkung der Anæsthetica auf den kindlichen Organismus dadurch erklärt wird, dass der für das Kindesalter als Regel anzusehende rasche Uebergang vom wachen Zustande zum Schlafe in Verbindung mit dem hohen Schlafbedürfniss die Einwirkung der künstlichen Schlafmittel und der Anæsthetica auf den kindlichen Organismus erleichtert.

Als Indicationen für die Anwendung der Anæsthetica im Kindesalter stellt Verf. ausser den chirurgischen Operationen und Untersuchungen folgende Krankheiten auf: Tussis convulsiva, asthmatische Zufälle, Eclampsie, Tetanus, Chorea, Krampfcolik des Darms. — Die Anæsthetica werden im Gegensatz zu den Narcoticis von Kindern gut ertragen, dagegen besteht eine Immunität des Kindesalters gegenüber den schädlichen und tödtlichen Einflüssen nicht, auch beobachtete *D.* bei häufig wiederholter Anwendung anæsthesirender Inhalationen Auftreten nervöser Aufregung, abwechselnd mit Perioden der ausgesprochensten Theilnahmlosigkeit und Erschlaffung der Körper- und Geisteskräfte und spricht die Ansicht aus, dass ein Missbrauch der Anæsthetica im Kindesalter eine auch auf die spätern Altersperioden nachwirkende Störung der geistigen Entwicklung nach sich ziehen könne. Die allgemeinen Indicationen und Contraindicationen für die Anwendung der Anæsthetica sind im Kindesalter durchschnittlich freier zu fassen, weil eben Krankheiten, die eine Contraindication bilden, so z. B. Circulations- und Respirationskrankheiten im Kindesalter seltener sind. *D.* ist auch bei Kindern für eine allmälige Zuleitung der Dämpfe zu den Athmungsorganen und perhorrescirt mit Recht die sogen. forcirte Narcose.

Bezüglich des Chloroforms sei hier erwähnt, dass *D.* 2 Stadien der Chloroformnarcose unterscheidet, dasjenige der allgemeinen Aufregung mit noch theilweise erhaltenem Bewusstsein und dasjenige der vollkommenen Anæsthesie und Muskelerschlaffung bei vollständig geschwundenem Bewusstsein. Je jünger die Individuen, um so rascher findet der Eintritt der vollendeten Narcose statt. Es folgt nun eine Schilderung der Chloroformnarcose mit Hervorhebung der Verschiedenheiten je nach dem Alter. Im Gegensatz zu *Nussbaum* und in Uebereinstimmung mit dem R. sah D. Narcosen bei Kindern, wo ohne jedes Zeichen der Erregung der Kranke sofort in das zweite Stadium der Chloroformnarcose übergeführt wurde. Bezüglich des Verhaltens der Pupillen beobachtete Verf. bei Säuglingen und Kindern bis zum 4. Lebensjahre eine häufig rasch vorübergehende Erweiterung der Pupillen während des Excitationsstadiums, einen leichten Grad von Myosis mit dem Eintritt und während der Narcose und einen nachmaligen, sehr raschen Uebergang von Myosis in Mydriasis, jedes Mal beim Eintritt drohender Zufälle im Verlauf der Narcose. Bei Individuen zwischen dem 5. und 10. Lebensjahre nahm er vorübergehende leichte Mydriasis im Stadium der Erregung, hochgradigste Myosis im Beginn der Narcose und häufig die gewöhnliche Weite der Pupille, jedoch mit absoluter Unbeweglichkeit, im weitern Verlauf der Narcose wahr. Aus einer Reihe von 7 Beobachtungen erfahren wir, dass *D.* bezüglich des Verhaltens der Körpertemperatur während und nach der Chloroformirung zu bekannten Resultaten kommt. Brechen beobachtete *D.* bei Säuglingen selten. In vereinzelten Fällen sah er Eiweissharn. *D.* hat die Chloroformtodesfälle bei Kindern seit dem Jahre 1870 zusammengestellt. Es sind deren 9. Diese Zahl beweist wohl evident, dass eine Immunität des Kindesalters gegen die tödtliche Wirkung des Chloroforms nicht besteht. Andererseits wird aber im Einklang mit den Thatsachen hervorgehoben, dass die Schnelligkeit des Eintrittes der vollkommenen Chloroformnarcose bei Säuglingen am grössten ist und dass das Auftreten gefahrdrohender Zufälle bei derselben mit dieser Altersstufe am seltensten beobachtet wird. Eine Reihe eigener Beobachtungen illustrirt diese allgemein bekannte Wahrnehmung. Die Contraindicationen fasst Verf. nach des Ref. Ansicht etwas zu weit. Die Chloroformirung und die bei derselben anzuwendenden Vorsichtsmaassregeln werden ausführlich besprochen, besonders interessant in Bezug auf die Wiederbelebungsversuche bei Chloroformscheintod ist ein Fall, wo *D.* bei einem 7jährigen Knaben durch die Acupunctur des Herzens die stockende Circulation wieder in Gang brachte und sehr bemerkenswerth sind auch des Verf. Versuche mit dem sogenannten Chloramyl. Die combinirte Morphium-Chloroformnarcose ver-



wirft *D.* bei Kindern ganz, weil sie nach seinen Erfahrungen von heftigem Brechen und einige Male von bedenklichen Collapserscheinungen gefolgt war. Auch bei der combinirten Chloral-Chloroformnarcose sah *D.* unangenehme Zufälle.

Es folgen die übrigen Anæsthetica und zwar in erster Linie der Schwefeläther.

Nach einem Excurs über die physiologische Wirkung des Aethers begegnen wir einer trefflichen Schilderung der Aethernarcose beim Kinde. Aehnlich wie beim Erwachsenen characterisirt sich die Aethernarcose durch eine längere Dauer des Excitationsstadiums, das sich bei Kindern bis zu Schüttelkrämpfen steigern kann. Das Festhalten der Narcose macht noch grössere Schwierigkeiten als beim Erwachsenen, die Nachwehen sind lästig und lange dauernd. Das Verhalten der Circulations- und Respirationsorgane, sowie der Temperatur bietet nichts von der Narcose bei Erwachsenen Abweichendes. Nach *D.*'s eigenen Beobachtungen kann die Aetherinhalation bei Kindern Bronchitis und selbst Bronchopneumonie mit tödtlichem Ausgang zur Folge haben. Noch häufiger als bei der Chloroformirung tritt bei der Aetherisation Erbrechen auf, zuweilen stellen sich heftige Diarrhœen ein; Aetherscheintod ist nicht selten (*D.* erzählt 3 eigene diesbezügliche Beobachtungen) und endlich hebt Verf., ohne neues Material beizubringen, das Factum hervor, dass auch bei Kindern Aethertodesfälle vorgekommen sind. *D.* ist der Ansicht, dass catarrhalische Erkrankungen der Athmungsorgane eine stricte Contraindication gegen die Aetheranwendung abgeben und dass zahnende Kinder wegen vermehrter Salivation besser nicht zu ätherisiren sind. Er bedient sich bei seinen Aetherisationen eines mit Charpiewatte zur Aetheraufnahme gefüllten, oben offenen Conus und findet diese Methode zweckmässiger, als die Anwendung complicirter Apparate. Ref. möchte hier ein ? anbringen.

Das Methylenbichlorid hat *D.* bei Kindern der verschiedensten Altersclassen in 28 Fällen versucht. Es wirkt nach *D.* langsamer, als Chloroform, schneller als Aether. Es veranlasst selten Erbrechen und bedingt durchschnittlich ein weniger lebhaftes Excitationsstadium, als diese beiden Anæsthetica. Die Narcose ist oberflächlich und kurz, sie lässt sich bei Unterbrechung der Inhalation weit rascher aufheben, als dies beim Chloroform der Fall ist. Unangenehme Nachwirkungen wurden nicht beobachtet, aber bei 3 Fällen traten beängstigende Erscheinungen von wahrscheinlich reflectorisch eingeleiteter Syncope und Asphyxie auf.

Auch bezüglich des Aethylidenchlorids verfügt *D.* über 20 eigene Beobachtungen, wodurch die Angaben *Steffen*'s über dieses Anæstheticum im Grossen und Ganzen bestätigt werden. Zwei Mal traten bedrohliche asphyctische Erscheinungen zu Tage.

Beim Stickoxydul ist hervorzuheben die sehr zeitgemässe Bemerkung, dass die *Paul Bert*'sche Methode der Narcotisirung mit diesem Anæstheticum wegen ihrer Umständlichkeit und, fügen wir bei, wegen ihrer Kostspieligkeit wohl noch lange auf eine allgemeine Anwendung wird warten müssen. Ebenso verdient auch der Ausspruch *Demme*'s, dass die Anæsthesirung mit gemischten Dämpfen oder mit wechselnder Anwendung verschiedener Anæsthetica keinen Vorzug vor der Narcotisirung mit Chloroform oder Aether verdient, alle Beachtung.

Verf. kommt nun schliesslich auf Grund seiner Erfahrungen und Studien zu dem Schlusse, dass keine Altersstufe der Kindheit eine Immunität gegen die Gefahren irgend eines der bekannten Anæsthetica besitze, dass dagegen die Mortalitätsziffer der Narcosen kindlicher Individuen noch um Vieles niedriger anzuschlagen sei, als diejenige der Erwachsenen. Ferner sei dem Chloroform wegen der Leichtigkeit seiner Anwendung, der Regelmässigkeit und Schnelligkeit seiner Wirkung für alle Altersstufen der Kindheit der Vorzug zu geben. Methylenbychlorid und Aethylidenchlorid besitzen keine erheblichen oder constanten Vorzüge vor dem Chloroform. Die Aetherisation sei mit Rücksicht auf die dadurch bedingte Reizung der Athmungsorgane bei Säuglingen und der im ersten Kindesalter stehenden Individuen besser zu unterlassen. Bei ältern Kindern dürfe sie unbedenklich angewendet werden. Stickoxydul sei das ungefährlichste aller Anæsthetica, aber bei der kurzen Dauer der Narcose vorläufig nur zu sehr beschränkter Anwendung geeignet.

Eine kurze Besprechung der localen Anæsthesirung, die für das erste Kindesalter mehr Nachtheile als Vortheile bietet und der schon erwähnte Nachtrag bilden den Schluss.

Die zahlreichen eigenen Untersuchungen und Beobachtungen des Verfassers, die kritikvolle, klare und anziehende Darstellung des Gegebenen machen das eingehende Studium der vortrefflichen Arbeit, zu dem wir die Collegen hiemit auffordern möchten, höchst genuss- und lehrreich. *O. K.*

Lehrbuch der Gehirnkrankheiten.

Von *C. Wernicke.* Bd. II. Cassel, Fischer, 1881.

Viel schneller, als man hoffen durfte, hat der Verfasser dem bereits an dieser Stelle besprochenen ersten Theil seines Buches den zweiten folgen lassen. Wenn wir schon den ersten Band als eine durch die Fülle des selbstständig verarbeiteten Materials und durch die Form der Darstellung ausgezeichnete Leistung bezeichnen konnten, so führt uns doch der zweite Band erst eigentlich in den Gedankengang des Autors ein und zeigt, dass der Inhalt des ersten in der That nur als eine Einleitung, als eine Vorbereitung auf die kommenden Auseinandersetzungen angesehen werden soll. Erst der vorliegende Band lässt die Bedeutung des letzten Abschnittes des ersten Theils — der allgemeinen Semiotik der Hirnkrankheiten erkennen. Es enthält dieser Abschnitt bereits in kürzester Fassung alle diejenigen Grundlagen, auf welchen die Anschauungen des Verfassers sich aufbauen, allein die allzu knappe Fassung lässt die principielle Bedeutung derselben an der genannten Stelle nicht genügend hervortreten und erst in der ausführlichen Darstellung des zweiten Theils gewinnen sie die nothwendige Beleuchtung.

Die Aufgabe, welche der Verfasser sich stellt, ist in den ersten Zeilen des Vorwortes scharf präcisirt. Es gilt die Gesetze darzustellen, nach denen der variable Factor des Krankheitsprocesses die durch die erkrankte Localität bedingten Herdsymptome beeinflusst. Die Localisation der Hirnfunctionen — die Möglichkeit mit der Erkrankung einer bestimmten Stelle des Hirns einen bestimmten Functionsdefect zu verknüpfen, ist die Voraussetzung eines derartigen Unternehmens. Dem entsprechend wird sie überall im Texte des Buches vorausgesetzt und dem noch schwebenden Streite der Meinungen ist lediglich das Vorwort gewidmet.

Es bringt dasselbe zunächst eine Revindication. Der Antheil, den die klinische Forschung an dem Aufbau der Lehre von der Localisation der Hirnfunctionen genommen hat, wird gegenüber den Ansprüchen der experimentellen Physiologie in das gebührende Licht gesetzt. Die klinische Medicin war es, welche Jahrzehnte hindurch den entgegengesetzten Anschauungen der Physiologie zum Trotz die Lehre von den localisirten Hirnfunctionen festhielt; die Frage der Aphasie war es, von der aus diese Lehre sich entwickelte und der Autor erinnert daran, dass er selbst fussend auf den befruchtenden Anschauungen *Meynert*'s gerade auf dem Gebiete der Aphasie eine Reihe von Thatsachen gewonnen hat, welche späterhin das Experiment bestätigte.

Der Rest der Vorrede ist einer Auseinandersetzung mit den hervorragendsten Gegnern des Princips der localisirten Hirnfunctionen — mit *Goltz* und *Brown-Séquard* gewidmet. Der Raum verbietet, auf dieselbe näher einzugehen.

Der Band selbst handelt von den Blutungen und Erweichungen des Gehirns. Der Kernpunct der Darstellung betrifft die Frage des apoplectischen Insults und seiner Beziehungen zu den vorübergehenden Lähmungserscheinungen — den indirecten Herdsymptomen. Die indirecten Herdsymptome der Blutung sind wie der Insult der Ausdruck der traumatischen Beschädigung der Hirnsubstanz ausserhalb der durch die Blutung bedingten Zertrümmerung, beide stehen deshalb in naher Beziehung zu einander. Nur der Umstand, dass der Insult lediglich vom traumatischen Moment, die indirecten Herdsymptome auch bis zu einem gewissen Grade von der Localität beeinflusst werden, bedingt unter Umständen eine gewisse Unabhängigkeit beider von einander. Aber die Beziehungen zwischen Localität der Blutung und den indirecten Herdsymptomen sind relativ gering, und dies bedingt, dass zum klinischen Bilde der Hirnblutung, ganz unabhängig von dem Sitze derselben, die Hemiplegie ebenso gehört, wie der Insult.

Zum Durchschnittsbilde der Blutung gehören ferner die Anästhesie der gleichen Seite mit Einschluss der Sinnesnerven und gleichseitige Hemiopie, nur dass diese Störungen sich rasch ausgleichen und wegen des Insults schwerer nachweisbar sind, als die halbseitige Motilitätsstörung. Dieser Gedanke bildet den leitenden Faden der Darstellung. Dass derselbe nicht vollkommen vom Himmel gefallen ist, dass bisher die Beziehungen zwi-

schen Insult und indirecten Herdsymptomen nicht ganz unbekannt waren, dass schon mancher Arzt sich der Aufgabe und der Möglichkeit bewusst war, directe und indirecte Herdsymptome schon vor Ablauf der 8. Woche auseinander zu halten, braucht nicht besonders betont zu werden. Allein das Verdienst des Autors ist ein sehr grosses; zum ersten Male ist in consequenter Weise der Versuch gemacht, die Gefahr dieser Beziehungen zu formuliren, und wem der enorme Fortschritt nicht ohne Weiteres klar ist, der ziehe die moderne Literatur über diesen Gegenstand zu Rathe. Er wird sehen, wie ängstlich sich alle Autoren an die directen Herdsymptome anklammern, und wie sie in den vorübergehenden Störungen fast nur für den Diagnostiker hinderliche Erscheinungen zu sehen gewöhnt sind.

Das interessanteste Capitel ist das der Casuistik, nicht deshalb, weil es zeigt, eine wie breite Basis der Verfasser seinen Raisonnements gegeben hat, sondern weil es eine Art probeweises Exempel darstellt. Und diese Probe wird in überraschender Weise bestanden. Eine Reihe ganz alter, für die bisherige topische Diagnostik räthselhafter Beobachtungen werden als classische Beispiele der entwickelten Anschauungen aufgeführt und der Autor hat mit einer leicht erkennbaren Absichtlichkeit sich mit Vorliebe solche Fälle ausersehen, deren Deutung den bisherigen Autoren unüberwindliche Schwierigkeiten gemacht hat.

In ganz analoger Weise werden die Erweichungen behandelt. Hier complicirten sich die Verhältnisse dadurch, dass zu den directen und den indirecten Herdsymptomen noch die passageren hinzutreten. Sie entstehen dadurch, dass der Verschluss eines Gefässgebietes zwar einen vorübergehenden Functionsausfall, nicht aber eine dauernde Gewebsläsion setzt, weil der Ausgleich der Circulation etwas verhindert wird. Diese passageren Herdsymptome können selbst wieder directe und indirecte sein.

Bei den Erweichungen wird ferner die chronische progrediente Erweichung wieder in ihr Recht eingesetzt. Sie verläuft ohne jede Nebenerscheinung und bietet das ungetrübte Bild der directen Herdsymptome.

Es wird ferner eine eigenthümliche entzündliche Erweichung der centralen Höhlengrube in der Gegend des Augenmuskelkerns als Polioencephalitis superior hæmorrhagica beschrieben und ihrer Beziehungen zu den verwandten Affectionen der grauen Substanz des Rückenmarks gedacht.

Es ist kaum möglich, von dem reichen Inhalt des Buches mehr als einige Andeutungen zu geben, von der Bedeutung desselben wird nur Derjenige ein volles Bild gewinnen, der von dem Original Kenntniss nimmt. Es steht zu hoffen, dass die Anschauungen des Autors in manchem Puncte bald überholt sein werden; es wäre zu wünschen, dass zumal die Theorie des Insults eine vollkommenere Gestalt gewänne. Immer aber wird das Werk desselben einen Markstein bilden und der erste bewusste Schritt auf einer neuen richtigen Bahn bleiben. *L.*

Cantonale Correspondenzen.

Freiburg. In der am 26. Juni in Bulle abgehaltenen zweiten **Jahresversammlung der medicinischen Gesellschaft des Cantons Freiburg** ergaben die ärztlichen Berichte der zahlreichen Theilnehmer, dass in unserm Canton der allgemeine Gesundheitszustand sich gebessert und die contagiösen Krankheiten abgenommen haben. Immerhin regieren noch in verschiedenen Cantonstheilen die Masern, welchen der Keuchhusten folgt, oft aber auch vorausgeht. Einige Fälle von Scharlach wurden ebenfalls beobachtet, ohne dass die Krankheit sich sonderlich ausdehnte. Mehrere Aerzte meldeten das Auftreten von Typhus — besonders in einer Ortschaft des Bezirks Greyerz.

Der Bericht über den Verlauf der Klage gegen die Curpfuscherei, beim Staatsrath des Cantons eingebracht und welche im letzten Bericht bereits erwähnt wurde, hat leider keine Erfolge verzeichnen können. Die executive Behörde hat, wie es scheint, wenig Sinn und Zeit, dafür zu wachen, dass die cantonalen Gesetze, das Sanitätswesen betreffend, auch nur annäherungsweise beobachtet und die Zuwiderhandelnden bestraft werden. Eine arme, lahme Gerechtigkeit mit tauben Ohren und blinden Augen!

In obiger Angelegenheit war der verzeigende Arzt am Ende genöthigt, statt der Behörde selbst als Kläger aufzutreten. Trotz allen erbrachten vielfachen Beweisen von den gesetzwidrigen ärztlichen Verrichtungen und Abgeben von Arzneimitteln hatte derselbe das Vergnügen, seine Advokatenkosten auf den Hals zu erhalten, ganz gleich wie sein Gegner und dabei dem einfältigen Spott der Lacher ausgesetzt zu sein. Unter sothanen Umständen, ohne alle Aussicht auf einen Erfolg, ist es für den Arzt ein unangenehmes Unternehmen, mit einem Quacksalber vor den Gerichten zu erscheinen, und man kann es dem Arzte nicht verargen, wenn er es meistens gehen lässt, wie es Gott und dem abergläubigen Publicum gefällt.

Dem Vorschlage, eine Krankencasse für Schweizerärzte zu gründen, wurde principiell beigestimmt; nur wünscht der Verein, dass die zu gewährenden Unterstützungen nicht erst nach einem Jahre, nachdem der Verein in Thätigkeit getreten, gewährt, sondern dass dieselben auch für jedes Mitglied, das im ersten Jahre gestorben ist, verabreicht werden.

Zum Epidemiengesetz stimmten alle anwesenden Mitglieder und man beschloss, dafür im Sinne der Beschlüsse, welche am allgemeinen schweizerischen Aerztetag in Zürich gefasst wurden, bestmöglichst mit Wort und That und durch eine besondere Proclamation an die Bevölkerung des Cantons einzustehen. Das Organ der ultraconservativen Partei — die „Liberté" — hat aber bereits schon das Gesetz mit einem verbissenen „Abeas!" angerempelt — — weil es eben von Bern kommt. Das genügt, um es zur Verwerfung zu empfehlen; — ob es nun gut oder schlecht, ist für diese Gegner Nebensache.

Ein Vereinsmitglied entwarf der Versammlung ein unerfreuliches Bild über die Thätigkeit der Hebammen. Die Mehrzahl der Aerzte zu Stadt und Land werden in der Hinsicht traurige Erfahrungen gemacht haben, so dass es kaum nöthig sein wird, alle die in extenso erwähnten Missbräuche, die Nachlässigkeiten, verbunden mit einer unqualificirbaren Arroganz und verlogenen Ungezogenheit näher zu beleuchten.

Die Versammlung hat denn auch beschlossen, eine Commission von 5 Mitgliedern zu beauftragen, ein Reglement für Hebammen auszuarbeiten. Möge es ihr gelingen, das Richtige in dieser schwierigen Frage zu treffen.

Es wäre wohl zu weit gegangen, zu leugnen, dass es nicht auch tüchtige Hebammen gibt, welche die nöthigen Kenntnisse besitzen, und welche ihre Pflichten möglichst treu erfüllen. Indessen könnte auf die Heranbildung derselben mehr Sorgfalt verwendet werden. Es genügt nicht, ihnen beizubringen, was sie für ein Examen wissen sollen, sondern man sollte denselben auch begreiflich machen, was in der Praxis zu beobachten und streng zu lassen ist; dass sie nicht glauben sollen, mit einiger Verwendung von Phenylsäurelösung sei schon Alles desinficirt und gemacht, dass eine gehörige und verständige Lüftung — das beste Desinficiens für Wohnräume — von grösster Wichtigkeit ist, dass überall möglichste Reinlichkeit und eine passende Diät für Mutter und Kind nothwendig sind und dass sie wissen und beständig bedacht sein sollen, in welchem Zustand der „Erwerbsfinger" mit den neun übrigen immer sich befinden soll etc.

Wie viel jedoch in der Hinsicht zu wünschen ist und zu thun bleibt, weiss vor Allem Derjenige, welcher die wenigen Freuden und die vielen Leiden eines Arztes kennt. Ein Lehrer für Hebammen sollte dieselben besonders berücksichtigen; dann würde er wohl das Meiste dazu beitragen, dass sich in diesem Fache bessere Kräfte heranbilden, und die Reglemente, die doch meistens illusorisch sind, werden entbehrlich.

. . . . g.

Wochenbericht.

Schweiz.

— **Ausstellung über Hygieine und Demographie in Genf.** Die Ausstellungscommission bittet Alle, welche Gegenstände auszustellen haben, bis zum 1. August hierüber Herrn Prof. Dr. *P. L. Dunant* (4 Puits St. Pierre) Anzeige zu machen. Die Ausstellung wird am 1. September eröffnet und dauert 15 Tage. Sie soll den Laien und



den Fachgelehrten während des internationalen Congresses über Hygieine die Gegenstände jeder Art und jedes Ursprunges vorführen, welche der Erhaltung der Gesundheit, der Krankenpflege und dem Rettungswesen dienen und ebenso die sachbezüglichen wissenschaftlichen Arbeiten. Wir legen Gewicht darauf, dass Genf und die ganze Schweiz möglichst vollständig theilnehme.

Es können ausgestellt werden:

a) Gegenstände und Modelle: Heiz-, Beleuchtungs-, Ventilations-, Drainage-, Entleerungsapparate und -methoden. — Bau- und Strassenmaterialien. Apparate und Einrichtungen der Hygieine für Werkstätten, Fabriken und die Industrie überhaupt. Unschädliche, in der Industrie, den Künsten, der Zuckerbäckerei verwendete Stoffe. — Schulmobilien. Geräthe und besondere Utensilien für Kinder. — Hygieinische Stoffe, Kleider, Schuhwaaren und Coiffuren. — Speisen und Getränke. Apparate und Geräthe zur Zubereitung, Aufbewahrung und Untersuchung. Wasserfilter, -behälter und -leitungen. — Substanzen, Verfahren und Apparate zur Desinfection und Zerstörung der Krankheitskeime. — Medicinische und chirurgische Instrumente. Bürgerlicher und militärischer Gesundheitsdienst; Pflege der Verwundeten. — Möbel und Geräthe für Kranke. Material zu Bädern, Douchen, Abreibungen etc. — Physicalische, chemische und meteorologische, auf die Hygieine angewandte Instrumente. — Geräthe zum Turnen, Schwimmen und zur Rettung.

b) Pläne und Zeichnungen. Hygieinische Wohnräume. Arbeiterwohnungen. Schulen. Spitäler, Baracken, Lazarethe. — Arbeiten zur sanitarischnn Verbesserung. Methoden der Nutzbarmachung oder Umwandlung schädlicher Substanzen und der Strassenrückstände. — Apparate zur Cremation. Todtenhäuser. Necropole.

c) Drucksachen, Karten und Bilder. Bücher und Zeitungen über Hygieine und Climatologie. — Verhandlungen der Gesundheitsräthe und anderer gesundheitlicher Organe. — Publication über Demographie. Statistische Bulletins und Tafeln. — Karten, Curven und kartographische Uebersichten aller Thatsachen, die sich auf die Hygieine, die Gesundheitspolizei, die Epidemien und Endemien, die Lebens- und Todesstatistik beziehen.

Der Ausschuss zur Ausstellung: *E. Briquet*, Ingenieur; *H. Bourrit*, Architect; *Demaurex*, Fabrikant; Prof. Dr. *P. L. Dunant;* Dr. *E. Rapin.*

— **Eidg. Medicinalprüfungen.** Während des I. und II. Quartals 1882 haben folgende Aerzte nach abgelegter Prüfung das eidgenössische Diplom erhalten: *Fritz Brunner*, Thurgau; *Friedrich Honnegger*, Zürich; *Franz Lienhard*, Zürich, Prüfungsort Zürich; *Samuel Eperon,* Waadt; *Armand Givel,* Bern; *Ernst Miéville*, Bern; *Xaver Schreiber*, Bern; *Gustav Wessner*, Bern, Prüfungsort Bern; *Theodor Buri,* Basel; *Robert Enzmann,* Luzern; *Joseph Rappaz,* Wallis; *Karl Rieder,* Baselland; *Gottlieb Schenker*, Basel; *Adolf Streckeisen*, Basel; *Joh. Bapt. Wutz* aus Bayern, in Basel, Prüfungsort Basel; *Ernest Gaudard,* Genf; *Alb. Gerber*, Genf; *Stanislas Jos. Mehling,* Genf; *Camille Reymond*, Genf; *Charles Marguet* aus Frankreich, in Lausanne; *Marie de Thilo* aus Russland, in Genf; *Olga Gorlinsky* aus Russland, in Genf, Prüfungsort Genf. Glück auf!

— **Freigebung der Praxis.** Dem Amtsbericht des Cantons Glarus über das Jahr 1881 ist zu entnehmen, dass im Jahre 1874 auf 27 patentirte Aerzte 3 notorische Pfuscher, im Jahre 1879 auf 24 Aerzte 11 Pfuscher und im Jahre 1881 auf 21 patentirte Aerzte 12 notorische Pfuscher kamen. Es ist das eine Folge der von der Landsgemeinde beschlossenen Freigebung des ärztlichen Berufes. Die Aerzte, d. h. die durch Studium vorbereiteten, durch eine Prüfung legitimirten Ausüber der Heilkunde nehmen an Zahl ab, die unvorbereiteten, ungeprüften zu.

Wie steht es in dieser Hinsicht in den Cantonen Appenzell und Baselland? Wir bitten um Mittheilung.

Bern. Die Thierarzneischule verlor den Professor der Anatomie *Franz Hartmann*, erst 44 Jahre alt, einen ebenso vorzüglichen Lehrer als trefflichen Charakter.

— **Befördert** wurden zu Hauptleuten der Sanitätstruppen die Herren Collegen Dr. *Louis Frölich* in Plainpalais und *Victor Bovet* in Monthey.

Die Altzofinger Berns setzen unserm unvergesslichen Freunde Dr. *Haller* von Burgdorf, welcher vor 2 Jahren mit seinen Führern im Lauteraargebiet verunglückte, ein Denkmal in der Nähe des Hôtel Wetterhorn am obern Grindelwaldgletscher.

Ausland.

Deutschland. 55. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte vom 18.—21. September in **Eisenach**. Aus dem Programm heben wir hervor: Montag, den 18. September, Vormittags 9 Uhr: Erste allgemeine Versammlung im Theater. Geh. Hofrath *Haeckel* (Jena): „Ueber die Naturanschauung" von *Darwin*, *Göthe* und *Lamarck*. Sanitätsrath Dr. *Barnim-Wilhelmi* (Swinemünde): „Ueber den Eisenacher Arzt *Christian Franz Paullini*". Dienstag und Mittwoch Sectionssitzungen. Donnerstag: Allgemeine Versammlung. Prof. *Rehmke*: „Physiologie und Kantianismus". Prof. *von Bergmann* (Würzburg): „Ueber die gegenwärtigen Verbandmethoden und ihre Stellung zur Antiseptik." Freitag: Fahrt nach Kissingen.

Wir wünschen frohe Festtage.

— **Jodoform.** (Fortsetzung.) *König* verlangt daher bei allen mit J. behandelten Kranken eine genaue Controlirung der Functionen des Herzens, des Gehirnes und der Nieren (Untersuchung des Urines auf Jodsalze). Auf das J. zu verzichten hält *K.* für unmöglich, so lange nicht ein unschädlicher Ersatz desselben zur Behandlung tuberculöser Processe gefunden sei. Die relativ geringe (?) Gefahr darf vom Gebrauche des J. bei der Behandlung der sonst so schwer heilbaren Tuberculose der Knochen nicht abhalten. Besonders aber ist das J. nicht zu verlassen bei Operationen in der Nähe der Körperostien, wo sonst die Antisepsis kaum möglich war. Ob die Jodoformgaze hier helfend eintreten kann, bleibt abzuwarten.

Als sicheren und ungefährlichen Weg empfiehlt daher *K.* die Verwendung ganz geringer Mengen von J. neben dem *Lister*-Verbande. Entschieden zu proscribiren ist dagegen die Application grösserer Mengen von J. als alleiniges Antisepticum bei frischen Verletzungen und Operationen. So weit *König*. — Audiatur et altera pars!

von Mosetig (Zur Frage der Jodoformvergiftung, Centralbl. f. Chir. Nr. 11) hat in den 4 Jahren, seit er das J. verwendet, trotz schlechter Spitalverhältnisse, bei ca. 3000 stationären und 4000 ambulanten Kranken nie eine Jodoformvergiftung erlebt. Die Gründe dieser wirklich wunderbaren Thatsache sind nach *v. M.* folgende: Er wendet nie grosse Mengen von J. an, setzt das Mittel in der Wunde keinem starken Drucke aus, wechselt den Verband sehr selten, und spült die Wunden nie ab, um neues J. in die Wunde zu bringen, hauptsächlich aber, weil er den Jodoformverband nur ganz rein, ohne Verwendung anderer Antiseptica gebraucht. — *v. M.* geht jetzt noch weiter und behauptet geradezu, dass die gleichzeitige Anwendung von J. und Carbolsäure direct schädlich, ja für den Organismus gefährlich sei. Den Grund dafür sieht er darin, dass das Carbol stets leichte Nierenreizung bewirke, wodurch die Ausscheidung des Jodes aus dem Blute behindert werde. Es befinde sich daher auf einmal zu viel freies Jod im Blute und dieses angehäufte Jod müsse toxisch wirken. Bei gleichzeitiger Carbolanwendung fehlt die Jodreaction des Urines oft mehrere Tage, während sie sonst gleich nach der ersten Jodoformapplication auftritt.

v. M. bittet daher dringend, das Jodoform ohne Carbolzugabe zu verwenden, oder aber nur mit Carbol zu arbeiten. Nur der Carboljodoformverband ist nach ihm giftig und man soll nicht unnöthigerweise zwei Gifte statt eines anwenden. (Wie wir sehen werden, fällt auch diese Behauptung *v. M.*'s dahin nach den Beobachtungen von *Kocher* über Jodoformvergiftung bei Wunden, die nicht mit Carbol, sondern mit 0,2procentiger Chlorzinklösung waren behandelt worden.)

Aehnlich wie *v. M.* spricht sich auch sein Assistent Dr. *Bum* aus. Auf der Klinik von *v. M.* ist der Jodoformverbrauch ein sehr sparsamer, bei 100 Betten ca. 300 grmm. pro Monat. Eine Vergiftung ist nach *B.* nur möglich, wenn das im Körper freiwerdende Jod nicht völlig gebunden wird, also a) bei zu grosser Einführung von Jodoform, b) bei qualitativen und quantitativen Veränderungen des Blutes, c) bei zu häufigem Verbandwechsel, d) bei zu festem Druck des Verbandes.

Auch *Mikulicz* (Wiener Klinik, Heft I, 1882) weiss nichts von gefährlichen acuten Vergiftungen, hält aber doch das Jodoform für ein nur schwaches Antisepticum, welches das Carbol absolut nicht entbehrlich machen könne.

Nach *Binz* (Arch. f. exp. Pathol. und Pharmacol. Bd. XIII) haben das Jodoform, das jodsaure Natrium und das Jodnatrium beim Gesunden qualitativ die gleichen Wirkungen, bestehend in Depression des Gehirnes, Anätzung und Verfettung mehrerer Organe. Der



Effect ist verschieden je nach dem Quantum und der Raschheit der Aufnahme und die Wirkungen erklären sich alle durch vorübergehendes Freiwerden von Jod. Das jodsaure Natrium erwies sich bei septischem Fieber als ein energisches Antipyreticum und zwar schon in kleinen ungefährlichen Gaben.

Das schärfste Urtheil in diesem hin- und herwogenden Streite für und wider das Jodoform gibt Prof. *Kocher* ab (Ueber Jodoformvergiftung und die Bedeutung des Jodoforms für die Wundbehandlung. Centralbl. f. Chir. Nr. 14, 15).

Nach *K.* sind die Hauptverdienste der Jodoformbehandlung bedingt durch die dabei unabsichtlich zur Verwendung kommende offene Wundbehandlung in Verbindung mit antiseptischer Bestreuung. Die Verhütung der oberflächlichen Verklebung und der daraus resultirenden Secretverhaltung durch die Anwesenheit des unlöslichen Pulvers erklärt zum grossen Theil die angeblichen antituberculösen Wirkungen. Ein weiterer Factor ist, dass schon schwache Antiseptica, wie das J. eines ist, bei dauerndem Contacte im Stande sind, selbst grosse Wunden dauernd aseptisch zu erhalten. Diesen Beweis geleistet zu haben, bleibt ein Verdienst der *Mosetig*'schen Publicationen. Andererseits lassen eine Reihe von Thatsachen es schon jetzt als wünschbar erscheinen, dass das J. sobald als möglich wieder aus der chirurg. Therapie verschwinde.

K. hat, seitdem er das J. versucht hat, bereits 23 Intoxicationsfälle beobachtet, deren Symptome im Ganzen mit den von *Schede* und *König* etc. veröffentlichten übereinstimmen. Dass auch die Jodoformgaze allein schwerste Erscheinungen verursachen kann, wird durch einen der mitgetheilten Fälle illustrirt. Interessant ist ferner ein Fall, wo die in Folge anhaltenden Jodoformgebrauches eingetretene Geistesstörung, die nach Heilung der Wunde wieder verschwand, schuld daran war, dass der betr. Kranke während der Dauer seines gestörten Zustandes mehrfach seine Unterschrift dahingab, was für ihn einen Verlust von ca. 10,000 Fr. zur Folge hatte. Eine theure Jodoformcur!

K. konnte mehrmals den Beweis führen, dass ein Weglassen des J. von der Wunde die vorhandenen Störungen bald verschwinden liess, die Wiederanwendung des Mittels sie stets wieder hervorrief. Ausser den gewöhnlichen leichteren Erscheinungen beobachtete *K.* einmal eine 8 Tage dauernde Aphasie. Constant wurde auch bei leichten Intoxicationen die allseitig zugestandene hochgradige Pulsbeschleunigung gefunden, selten jedoch eine Temperatursteigerung. Auch *K.* hält das Auftreten der Symptome gleich nach dem ersten Verband für bedenklicher als in späterer Zeit. In allem dem hatte die Jodoformbehandlung auch noch das Auftreten einer ganz gehörigen Erysipelasepidemie zur Folge.

Die Ursache der giftigen Wirkungen sieht *K.* nicht in einem Freiwerden von Jod. Es fehlen die für Jodvergiftung charakteristischen Zeichen, Schwindel, Schnupfen, Exanthem. (Letzteres wurde doch mehrmals beobachtet, *Zeissl* u. A., Ref.) Auch dauern die Symptome noch tagelang fort, nachdem auch die letzten Spuren von Jod im Urin verschwunden sind. Es beweist dies entschieden eine cumulative Wirkung des Jodoforms. Viel mehr Aehnlichkeit hat die Jodoformvergiftung mit der Chloroformintoxication. Es ist eine protrahirte Chloroformwirkung mit Aufregung, Depression und schliesslichem Collaps, eine acute Anæmie des Gehirnes, gegen welche sich auch in einem schweren Falle von Jodoformvergiftung die Transfusion von schwach alcalischer Kochsalzlösung nach *Schwarz* als sehr wirksam erwies.

K. hat auf Grund seiner Eingangs angeführten Anschauungen über die Wirkung des J. auch andere, ungiftige Pulver auf ihre Wirksamkeit geprüft und gefunden, dass das geruchlose, dabei um $^2/_3$ billigere Bismuth. subnitr. das Jodoformpulver gut zu ersetzen vermag. Die Wunden zeigten bei dieser Behandlung aseptischen Verlauf und blieben trocken. Er schliesst seinen Aufsatz mit folgendem vernichtenden Urtheil über die Jodoformtherapie:

„Wenn nach einem Zeitraum von noch nicht 2 Jahren allgemeiner Anwendung eines Mittels von einer beschränkten Anzahl Autoren über ein Dutzend sichere Todesfälle, mit Wahrscheinlichkeit aber zwischen 23 und 25 tödtlich abgelaufene Vergiftungen constatirt werden können, zugleich sich mehr und mehr herausstellt, dass die Anwendung desselben eine sehr beschränkte ist, so wird man sich nur noch fragen können, ob ein solches Mittel von der Sanitätsbehörde verboten werden soll oder ob man sich darauf wird verlassen können, dass der Chirurgencongress sein Veto gegen den Weitergebrauch dieses gefährlichen Medicamentes einlegen wird.“ Dr. *A. W. Münch.*

(Schluss folgt.)

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 11. bis 25. Juli 1882.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Von Morbillen, Varicellen, Parotitis und Pertussis sind vereinzelte Fälle angemeldet.

Scharlachfälle sind nur 15 angezeigt (50, 46, 28), wovon 10 in Kleinbasel (31, 21).

Von Typhus sind 7 Erkrankungen angemeldet (30, 8, 8), wovon 4 in Kleinbasel, die übrigen zerstreut.

Diphtherie und Croup nur 4 neue Fälle, sämmtlich in Grossbasel (25, 19, 15).

Erysipelas 2 Fälle (11, 11, 3).

Puerperalfieber je 1 Erkrankung in Gross- und in Kleinbasel.

Briefkasten.

Herrn Dr. *E. Burckhardt*, Basel; Director Dr. *G. Burckhardt*, Préfargier; Dr. *Kuhn*, St. Gallen; Dr. *Beck*, Basel: Mit bestem Dank erhalten. — Herrn Prof. Dr. *P. L. Dunant*, Genève: Votre appel „Exposition d'hygiène“ etc. n'arrive que le 26 Juillet. Il était presque impossible, de le publier encore dans ce numéro. — Herrn Prof. *A. B.-M.*, San Bernardino: Herzlichen Gruss. — Herrn Dr. *Münch*, Brestenberg: Hurrah! aber zu spät für diese Nummer. Ihr interessanter Jodoformschluss folgt also in nächster Nummer. Freundl. Gruss. — Herrn Dr. *Appert*, Thalweil: Schön.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N°. 16. XII. Jahrg. 1882. 15. August.

Original-Arbeiten.

Erfahrungen über die Behandlung der Wunden mit Jodoform.

Von Dr. **C. Kaufmann,** Docent für Chirurgie in Zürich. [1])

Seit April vorigen Jahres verwende ich das Jodoform bei der Behandlung von Wunden und zwar stets in der Weise, dass das krystallinische Pulver in dünner Schicht auf die Wundfläche applicirt und mit den Fingern leicht in dieselbe eingerieben wird. Je nach der Art der Wunde wird diese nach der Drainage durch die Naht vereinigt oder nicht genäht und stets mit einem *Lister*'schen Verbande bedeckt, nachdem auf die Wunde noch ein schmaler Streifen Jodoformgaze gelegt worden. Hervorheben muss ich vor Allem, dass ich niemals überschüssige Mengen Jodoform weder in die Wunde noch an deren Oberfläche applicirte. Die Wundheilung kann sich bei dieser Anwendung des Jodoforms ganz analog machen wie beim exacten *Lister*-Verband (minime Secretion, Prima intentio und fieberloser Verlauf). Ich behandelte auf diese Weise alle frischen Verletzungen, vor Allem der Extremitäten und kann dem Jodoform hiebei nachrühmen, dass seine Anwendung eine ungemein einfache und der Verlauf meist ein günstiger ist.

Von grössern uncomplicirten Operationswunden wurden im Ganzen 35 jodoformirt. Ich will hier nur die Fälle zusammenstellen, welche innert 14—20 Tagen vollkommen — ohne jegliche Fistel — geheilt waren.

2 Fälle von Nervendehnung der N. supra- und infraorbital.

1 Fall von Neurectomie der N. frontal.

1 Exstirpation eines faustgrossen Myxo-Sarcoms der Parotis.

1 Exstirpation eines über faustgrossen sublingualen und submentalen Dermoids.

2 Exstirpationen mannsfaustgrosser Strumen bei Pat. von 19 und 21 Jahren.

1 Amput. mammæ mit ausgedehntester Ausräumung der Axilla bei einer 43-jährigen Frau.

[1]) Vortrag in der Sitzung des Vereines der Aerzte von Zürich bei Anlass der Versammlung des schweiz. ärztl. Centralvereins den 26. Mai 1882.

4 Radical-Operationen von zum Theil reponibeln, zum Theil irreponibeln Schenkelhernien bei Frauen von 22—41 Jahren.

1 Radical-Operation einer reponibeln nicht incarc. Leistenhernie bei einem 23jährigen Pat.

1 Amputatio femoris media bei einer Frau von 66 Jahren.

1 Ablatio pedis nach *Chopart* bei einem 2jährigen Kinde.

2 Ablationes pedis nach *Pirogoff* bei Pat. von 42 und 49 Jahren.

Es können Ihnen diese Fälle beweisen, dass mittelst des Jodoforms sich ein vollkommen correcter aseptischer Verlauf bei Pat. jeglichen Alters und nach Operationen an den meisten Localitäten erzielen lässt, ganz wie mit dem correcten *Lister*-Verband, vorausgesetzt, dass die Wundverhältnisse derart sind, dass die gesammte Wundoberfläche mit dem Jodoform in Contact gebracht werden kann. Vor dem gewöhnlichen *Lister*-Verband aber hat der Jodoform-Verband den Vortheil grösserer Einfachheit. Die Irrigationen mit Carbol können fast ganz wegbleiben und brauchen nur mit schwachen Lösungen gemacht zu werden; auch nach Schluss der Wunde sind sie nicht mehr nöthig. Zudem ist die Nachbehandlung ungemein einfach und erfordert blos eine geringe Zahl von Verbänden.

In unserer antiseptischen Zeit wird man gewiss zunächst versucht sein, dem Jodoform den Titel eines ausgezeichneten und verlässlichen Antisepticums zu geben und ihm speciell noch als Vorzug vor den bekannten Antiseptica den urgiren, dass es in Pulverform angewendet und wegen seiner Schwerlöslichkeit die längste Zeit in der Wunde wirksam bleibe. Darin liegt unbedingt ein grosser Fortschritt in unsern Anschauungen über Wundbehandlung, dass wir durch *Mosetig* gelernt haben, ein schwerlösliches Pulver in die Wunden zu bringen und dadurch einen aseptischen Verlauf zu erreichen. Die Annahme aber, dass das Jodoform ein ausgezeichnetes und verlässliches Antisepticum sei, wurde schon durch die Versuche von *Miculicz* nicht bestätigt, der blos „mässige antiseptische Eigenschaften“ constatirte.

In der eben erschienenen, sehr interessanten Arbeit von *Boillat*[1]) aus dem *Nencki*'schen Laboratorium wird aber der Nachweis geleistet, dass das Jodoform eigentlich gar kein Antisepticum ist.

Gestatten Sie mir erst einige Bemerkungen über die Antiseptica überhaupt. Sie wissen, dass *Koch* in einer seiner neuesten Arbeiten mittelst einer besondern Methode diese Mittel geprüft hat. Er brachte zwei bestimmte Species von Microorganismen: die Monas prodigiosa und den Bacillus anthracis zunächst längere oder kürzere Zeit zu dem betreffenden Antisepticum und nachher in eine günstige Nährlösung und sah nun das Eintreten resp. Ausbleiben ihrer Entwicklung und Vermehrung als Criterium ihrer Lebensfähigkeit an. Bei den meisten und bekanntesten Antiseptica fand er, dass die Microorganismen nur während der Zeit ihrer Berührung mit jenen Mitteln sich nicht entwickelten, nachher aber in der Nährlösung ausnahmslos wieder Lebensfähigkeit zeigten. Blos Sublimat, Chlor, Brom,

[1]) *Fr. Boillat*, Beiträge zur Lehre von der Antisepsis. Inaug.-Dissert. Journ. f. pract. Chemie 1882, pag. 300.



Jod und Osmium-Säure sind als eigentlich Bacterien ertödtende Mittel, als Antiseptica im strengen Sinne des Wortes anzusehen, während unsere gebräuchlichsten Antiseptica und darunter auch das Phenol nur entwicklungshemmend auf die Microorganismen einwirken. Aus den Untersuchungen von *Koch* ergibt sich zunächst, dass ein specifisches Gift für die Spaltpilze, das sich gegen den menschlichen Organismus indifferent verhält, noch nicht gefunden ist. Aus dem Umstande aber, dass die Erfolge der Antiseptik für letztere unbedingt sprechen, ist der Schluss gestattet, dass zum correcten Wundverlaufe nicht ein Antisepticum im Sinne *Koch*'s (ein Parasiticidum) nöthig ist, sondern ein für das Leben der Spaltpilze schädliches, d. h. blos entwicklungshemmendes Mittel genügt.

Boillat studirte in seiner bereits erwähnten Arbeit das Verhalten der Microorganismen auf die durch die Antiseptica bewirkten Eiweissniederschläge und stellte nebenbei auch Versuche mit Jodoform an, die uns hier besonders interessiren. Sie erstrecken sich auf den Einfluss des Jodoforms auf die pancreatische Fäulniss, die wir seit den classischen Untersuchungen *Nencki*'s so allseitig genau kennen. Aus seinen Versuchen kam *Boillat* zu dem Resultate, dass die Pancreasfäulniss durch das Jodoform in keiner Weise beeinflusst wird, schon 12 Stunden nach Beginn des Versuches tritt sie ein und ganz gleich intensiv wie wenn Jodoform nicht zugegen ist. Daraus folgt also ohne Weiteres, dass dem Jodoform antiseptische Eigenschaften fehlen.

Hiedurch aber werden unsere Anschauungen über den Werth des Jodoforms für die Wundbehandlung sehr auf die Probe gestellt; müssen wir uns doch gestehen, dass wir einen aseptischen Wundverlauf erzielen wollen durch die Anwendung eines Mittels, dem keine antiseptischen Wirkungen zukommen, wir treiben also eigentlich Antisepsis ohne Antisepticum. Sie alle werden gewiss mit mir in Hinsicht auf diesen krassen Widerspruch dem Jodoform eine nur kurz zugemessene Existenzberechtigung gewähren. Denn wenn auch alle unsere bisher bekannten und geübten antiseptischen Wundbehandlungsmethoden über kurz oder lang andern einfacheren das Feld räumen, so sind wir doch durch die grossen Segnungen und ungeahnten Erfolge der *Lister*'schen Entdeckung von der Wahrheit des antiseptischen Principes überzeugt.

Was aber ein Aufgeben des letzteren im Gefolge hat, zeigt die Jodoformbehandlung zur Genüge, den Wundcomplicationen werden durch letztere wieder Thür und Thor geöffnet. Das Jodoform gewährt vor Allem keinen Schutz gegen Erysipel. In den ersten 2 Jahren meiner Praxis, wo ich consequent „listerte", sah ich niemals bei einem von mir Operirten ein Erysipel, trotzdem ich öfters im Falle war, Erysipele bei andern Pat. zu behandeln; in dem letzten Jahr, wo ich „jodoformirte", erlebte ich zwei Fälle von Wandererysipelas bei von mir Operirten und zwar zu einer Zeit, wo ich sonst gar kein Erysipel zu Gesicht bekam. Es handelte sich um eine Hüft- und Ellenbogen-Resection, welche bis auf kleinste Fisteln geheilt waren. Letztere waren mit Jodoformpulver und Watte verbunden und in beiden Fällen entstand trotz des Jodoforms eine intensive wandernde Rose.

Meiner Erfahrung nach ist das Jodoform auch bei progressiv-septischen Processen ganz machtlos. Ich kann einen Fall von Eröffnung des Daumen-Interphalangeal-Gelenkes nicht aus dem Gedächtnisse verlieren, den ich im Stadium beginnender periarticulärer Phlegmone in Behandlung bekam. Das Jodoform wurde sehr energisch und reichlich applicirt, selbst noch als es zu einer Senkung in der Flexorenscheide gekommen. Bald überraschten mich zwei Schüttelfröste und zwangen mich, das Jodoform zu verlassen. Ausgedehnte mehrfache Incisionen und energische Desinfection vermochten erst den septischen Process zu beschränken.

Wenn ich meine Ansichten über die Jodoformbehandlung der Wunden zusammenfasse, so gehen sie dahin, dieselbe höchstens für die leichtern ambulanten Fälle noch beizubehalten, sie hingegen für alle ernsteren namentlich operativen Fälle bei Seite zu setzen und hier den exacten „*Lister*“ in seinem bewährten Rechte zu belassen. Ich betone aber hiebei ausdrücklich, dass es nicht sowohl Misserfolge sind, welche mich zum Verlassen des Jodoforms zwingen, sondern vor Allem die Einsicht, dass die Jodoformbehandlung keine antiseptische Behandlung ist. Die scheinbar guten Erfolge, die jene Behandlung aufweist, können natürlich nicht unmittelbar verwerthet werden. Schon vor *Lister* fehlte es nicht an vereinzelten Glücksfällen und seitdem wir die Antiseptik kennen, ist es schon zu oft vorgekommen, dass zumal in Räumen, wo Dank der Antiseptik energisch desinficirt worden, ein Aufgeben des antiseptischen Principes oder eine ungenügende Antiseptik nicht nothwendig und besonders nicht Anfangs von Misserfolgen begleitet waren.

Bekanntermaassen wird in der jüngsten Zeit noch mit wuchtigeren Waffen gegen das Jodoform zu Felde gezogen: von mehreren Seiten sind Fälle von Jodoformintoxication veröffentlicht worden, die nicht selten tödtlich verliefen. Ich unterlasse es, an dieser Stelle Näheres hierüber anzugeben. Mir selbst kam, trotzdem ich etwa bei 150 Patienten Jodoform anwandte, niemals ein Vergiftungsfall vor. Eine Pat. mit einem mannskopfgrossen Sarcom der Lendenwirbelsäule starb 20 Stunden nach der Operation nach heftigen maniacalischen Anfällen, aber der operative Eingriff war ein so schwerer, dass ich dem Jodoform eine besondere Schuld an dem tödtlichen Ausgange nicht beimessen kann.

Worauf die toxische Wirkung des Jodoforms zurückzuführen ist, wissen wir noch nicht genau, doch hat eine Arbeit von *Harnack* [1]) unsere Anschauungen hierüber wesentlich gefördert. *Harnack* studirte die Art und Weise der Ausscheidung des Jodoforms aus dem Körper und fand, dass es nicht wie die Jodpräparate blos als Jod-Alcali im Harne erscheint, sondern nebstdem noch als eine organische jodhaltige Verbindung. Es wird dadurch sehr wahrscheinlich, dass das Jodoform einen intensiv deletären Einfluss auf die Eiweisssubstanzen ausübt und auf diese Weise würde sich die so eigenartige und enorm toxische Wirkung des Jodoforms gegenüber andern Jodverbindungen leicht erklären.

[1]) *Harnack:* „Ueber den Nachweis des Jods im Harne nach der Anwendung von Jodoform.“ Berl. klin. Wochenschr. 1882, Nr. 22.



Dem Jodoform wird bekanntlich noch eine specifische Wirkung auf die tuberculös-fungösen Processe zugeschrieben; das reiche Material solcher Fälle auf hiesigem Platze brachte es mit sich, dass ich hierüber ziemlich zahlreiche Versuche anstellen konnte.

Eine Mittheilung von Herrn Prof. *Horner* in unserer Gesellschaft, einen Fall von Conjunctival-Tuberculose betreffend, wo das Jodoform von sehr günstiger Wirkung war, gab mir Veranlassung, dessen Einwirkung auf die fungösen Granulationen genauer zu studiren.

Es geschah dies einmal mit Injectionen einer Glycerin- oder Oel-Jodoform-Mischung in die erkrankten Theile mittelst der *Pravaz*-Spritze. Ausnahmslos beobachtete ich Steigerung der entzündlichen Erscheinungen, nicht selten Vereiterung und zwar sowohl bei Knochen- und Gelenkaffectionen wie bei tuberculösen Lymphomen.

Sodann legte ich die fungösen Massen durch eine Incision frei und applicirte nun Jodoform in Substanz und in Stäbchenform mit Cacaobutter vermischt. Niemals sah ich dabei irgend eine Veränderung der fungösen Granulationen, welche als Rückbildung derselben hätte angesprochen werden können. Die Regel war, dass dieselben trotz des Jodoforms weiter wucherten, nicht selten folgte aber noch eine directe Verschlimmerung des Processes.

Als Belege hiefür kann ich Ihnen anführen:

1) Zwei Fälle von Rippen-Caries bei einem Manne von 56 und einer Frau von 59 Jahren. Es handelte sich je um einen annähernd eigrossen Granulationsabscess, der incidirt wurde. Die fungösen Granulationen wurden anfänglich intact gelassen und täglich darauf Jodoform in bedeutender Menge applicirt. In beiden Fällen war ich nach 3 Wochen gezwungen, das Evidement folgen zu lassen und das erkrankte Knochenstück zu reseciren.

2) Ganz ähnlich erging es mir mit 3 Fällen von Knietuberculose, wo ich durch die Jodoformirung nach der Incision eine solche Verschlimmerung des Processes herbeiführte, dass ich nach 10, 16 und 23 Tagen zur Radicaloperation gezwungen wurde.

3) Gegenwärtig behandle ich 2 Fälle von Caries des Handgelenkes, die bei der einfachen Jodoformbehandlung nach 6 und 11 Wochen blos ein Fortschreiten des Processes aber keinerlei Besserung zeigen.

Wie steht es nun mit den von Anfang an operativ behandelten Fällen? Bei 54 Fällen von Resectionen und Evidements wandte ich die Jodoformbehandlung an. Dabei sind mitgezählt 18 Resectionen grösserer Gelenke, nämlich 2 Schulter-, 2 Ellenbogen- und 3 Handgelenkresectionen, 3 Hüft-, 6 Knie- und 2 Fussresectionen.

Was den Verlauf und die Heilungsdauer dieser Fälle betrifft, so muss ich zunächst betonen, dass ich einen Unterschied zwischen dem exacten *Lister*- und Jodoform-Verband nicht finden konnte.

Die leichteste Uebersicht über die verschiedenen Möglichkeiten gewinnt man, wie ich glaube, bei der Knieresection. Ich machte dieselbe, seitdem ich practicire, im Ganzen 13 Mal bei Pat. zwischen 3 und 57 Jahren, 7 Mal unter



Lister'schen Cautelen, 6 Mal mit Jodoformbehandlung. Eine völlige Heilung ohne jegliche Fistel in 14 Tagen erzielte ich in 2 Fällen: 1 *Lister* und 1 Jodoform bei einer 21jährigen und einer 57jährigen Patientin. Es handelte sich dabei um blos oberflächliche Erkrankung der knöchernen Gelenkenden bei sehr ausgedehnter Degeneration der Capsel; nach Exstirpation der letzteren und Abtragung der Knochen lagen also zwei vollkommen gesunde, glatte Knochenflächen einander gegenüber, die wiederum von ganz gesunden Weichtheilen umgeben waren. Das bildet gewiss das Hauptmoment für die rasche Heilung.

Verzögert wird letztere bereits, wenn nach Abtragung der Gelenkenden noch an einer wenn auch noch so kleinen Stelle des Knochens mit dem scharfen Löffel gearbeitet werden muss. Eine mehr oder weniger lange secernirende Fistel ist da stets Regel, während die übrige Resectionswunde tadellos und rasch heilt.

Die langsamste Heilung nach Knieresection beobachtet man gemeinhin bei der diffusen käsigen Infiltration der Spongiosa der Epiphyse. Die Abtragung der ganzen Epiphyse mit der Säge ist natürlich nicht gestattet, sondern man muss mit dem scharfen Löffel das Kranke entfernen, wobei zu leicht kleinste erkrankte Partien zurückgelassen werden. Ich operirte 3 dieser Fälle und behandelte 2 mit Jodoform, 1 nach *Lister*, stets war der Verlauf ein sehr langwieriger.

Von einer specifischen Wirkung des Jodoforms auf die tuberculösen Massen habe ich bei den zahlreichen Knochen- und Gelenkaffectionen, die mir in die Hände kamen, nur wenig gesehen und im Ganzen habe ich den Eindruck bekommen, dass das Jodoform hier so wenig und so viel leistet, wie die meisten übrigen Mittel und dass wir einstweilen noch die möglichst vollständige Entfernung der pathischen Producte verbunden mit der Antisepsis als beste und sicherste Behandlungsart in den Vordergrund stellen müssen.

Nur einen Fall kann ich anführen, wo das Jodoform eine eigentlich wunderbare Einwirkung entfaltete. Es handelte sich um eine Caries des Handgelenkes bei einer 58jährigen, sehr schwächlichen Frau, welche im Mai 1881 in meine Behandlung kam. Ich konnte nur an eine Ablatio antibrachii denken, wollte aber erst eine Gelenkincision und Ausräumung und folgende Jodoformapplication versuchen. Nach Eröffnung des Gelenkes durch den *Langenbeck*'schen Schnitt zeigte sich eine sehr ausgedehnte Erkrankung: sämmtliche Carpalknochen lagen lose eingebettet in üppigen fungösen Massen. Mit dem scharfen Löffel nahm ich die Ausräumung so weit möglich vor und applicirte dann auf die Wundfläche Jodoform. Der Process sistirte während der fortgesetzten Jodoformbehandlung und im August 1881, also nach 4 Monaten, war die Heilung vollendet: An Stelle der Wunde eine solide schmerzlose Narbe, das Handgelenk steif und die Bewegungen der Finger sehr beschränkt. Im October 1881 kam Pat. wieder mit einem über pflaumengrossen Abscess über der rechtsseitigen 5. Rippe an der Verbindung des knöchernen mit dem knorpeligen Theile. Ich machte hier das Evidement und liess wieder mit Jodoform verbinden, wie an der Hand; es blieb eine kleine Fistel, die sich erst vor 3 Wochen schloss.

Dies ist der einzige unter so vielen Fällen, wo ich dem Jodoform eine wirk-

liche Schuld an der erfolgten Heilung beimessen muss, für alle übrigen scheint mir dies hingegen fraglich. Konnte ich a priori bei der Operation aus den bestehenden Veränderungen und der möglichst gründlichen Entfernung alles Kranken auf eine günstige Heilung rechnen, so trat dieselbe fast ausnahmslos ein und ebenso sicher unter dem *Lister*- wie unter dem Jodoform-Verband. War eine solche totale Entfernung der pathischen Producte nicht möglich, so schritt der Process entweder sofort weiter oder es restirten Fisteln. Für die Behandlung der letztern empfiehlt sich das Jodoform vor Allem wegen seiner einfachen Applicationsweise, aber das scheint mir sicher, dass eine zeitliche Abkürzung der Heilungsdauer mittelst des Jodoforms nur in seltenen Fällen zu beobachten ist.

Dass von einer specifischen Allgemeinwirkung des Jodoforms von Wunden aus nicht wohl die Rede sein kann, lehrten mich mehrere Fälle multipler Knochentuberculose, die ich zum Schlusse erwähnen will. Zwei derselben betrafen Kinder. Nach 4- und 6wöchentlicher Jodoformbehandlung der evidirten Herde konnte ich in beiden Fällen das Auftreten neuer tuberculöser Erkrankungen an andern Knochen beobachten. — In dem bereits erwähnten Falle von Caries des Handgelenkes trat nach 3monatlicher Jodoformapplication auf die Wunde über dem Handgelenke 2 Monate später eine Rippencaries auf. — Bei einem Pat. von 28 Jahren wurde mit Erfolg die Resectio manus wegen diffuser Caries ausgeführt. Die totale Heilung machte sich unter der Jodoformbehandlung in 7 Wochen. 12 Monate später erkrankte derselbe Pat. an einem Fungus des rechten Kniegelenkes, zudem bekam er Husten. Jetzt liegt er an rapid destructiven Lungenveränderungen schwer darnieder.

Ueber die chirurgische Behandlung des Ileus.

Vortrag, gehalten an der Versammlung des ärztlichen Centralvereins in Zürich den 27. Mai 1882

von Prof. Dr. **Krönlein.**

(Schluss.)

Zunächst ist an dem wichtigen Satze festzuhalten, dass jede Darmocclusion mit der Fortdauer des Lebens unverträglich ist, also entweder sich spontan lösen oder aber durch unser Eingreifen beseitigt werden muss, soll der Kranke nicht rasch und in traurigster Weise zu Grunde gehen. Bei den angeborenen Darmocclusionen ist selbstverständlich eine spontane Heilung und ebenso eine Beseitigung des Leidens auf unblutigem Wege nicht denkbar; ein jeder solcher Fall ist daher, wo immer möglich, Gegenstand operativer Encheirese. Wie aber steht es mit der erworbenen Darmocclusion? Kommt hier eine Spontanheilung vor und wie oft? Sind solche Fälle der medicinischen resp. unblutigen Behandlung zugänglich und mit welchen Aussichten? Wann und in welcher Weise soll, falls die erste und zweite Frage verneint wird, operativ vorgegangen werden?

Eine Spontanheilung mag ja bei gewissen erworbenen Darmocclusionen ab und an einmal vorkommen, ebenso wie wir gelegentlich einmal eine äussere incarcerirte Hernie spontan zurückgehen sehen. Allein dieser glückliche Ausgang ist doch so eminent selten, dass der Arzt mit demselben niemals rechnen darf. Im Gegen-

theil! Jede erworbene Darmocclusion verlangt unser sofortiges Einschreiten! Doch wie?

Bei dem Ileus paralyticus, bedingt durch hochgradige Coprostase, kneten wir den Leib, electrisiren den atonischen Darm, erweichen die Fæcalmassen durch hohe Klystiere und regen die Peristaltik durch Abführmittel an und oft — wie wir oben gesehen haben — erreichen wir so bei dieser chronischen Occlusion des Darms auf unblutigem Wege das Ziel. Wie aber steht es mit den andern, den acuten Darmocclusionen? So weit meine Erfahrung reicht und so weit ich mich in der Literatur umsehen konnte, ist die Heilung derselben durch unblutige Mittel, Opium von oben, Massenklystiere von unten, selbst bei der hin und wieder diagnosticirbaren und für diese Behandlung noch die meisten Chancen darbietenden Invagination doch ein recht seltener Glücksfall und noch viel geringer sind die Aussichten auf einen glücklichen Ausgang bei der innern Incarceration, der Axendrehung u. dergl. Die Massenklystiere sind ein um so primitiveres, um nicht zu sagen roheres Verfahren, weil wir ja gewöhnlich gar keine Vorstellung von der Art und dem Sitz der Occlusion haben und darum gar nicht wissen, ob die durch die Klystiere bedingte Anfüllung des Colon und, wir wollen einmal auch annehmen, eines Theils des Ileum mit Wasser im Sinne einer Beseitigung der Occlusion wirkt, und nicht gar am Ende die Intensität der Einklemmung noch vermehrt, den Grad der Axendrehung oder der vorhandenen Darmknickung steigert. Jedenfalls operiren wir ganz und gar im Dunkeln und ebenso gut, wie dieses Mittel glücklichenfalls die Occlusion beseitigen kann, vermag es, wenn es schlecht geht, einen der Gangrän nahen Darm zum Platzen zu bringen. Hat man Gelegenheit, ab und zu einmal einer Section eines an acuter Darmocclusion Verstorbenen beizuwohnen, so kann man sich hinlänglich davon überzeugen, wie wenig in diesem und jenem Falle solche Monstreklystiere fruchten konnten, wie gefährlich, ja geradezu schädlich sie da und dort wirken mussten.

Mit jedem Falle von acuter Darmocclusion, der mir zur Behandlung kam, bin ich also mehr und mehr in der Meinung bestärkt worden, dass es nutzlos und meist verhängnissvoll ist, mit diesem souveränen Mittel, den Massenklystieren, Tage lang fortzufahren, in der Hoffnung, was das 1., 2., 3. und 4. Mal nicht geglückt sei, werde beim 5. und 6. Male erreicht werden können. Man vergesse nicht, dass damit die kostbarste Zeit für jeden andern Eingriff verloren geht, so zwar, dass der schliesslich herbeicitirte Chirurg vielleicht schon vor einem Falle mit beginnender Gangrän des Darms oder diffuser Peritonitis steht.

Liegen die Umstände derart, dass die Diagnose auf acute Darmocclusion erst feststeht und haben Opium, vielleicht sogar die Chloroformnarcose und ein regelrecht gegebenes Monstreklystier keinen Erfolg gehabt, so glaube ich, ist der Zeitpunct gekommen, wo dem Kranken eröffnet werden sollte, dass sein Heil nur noch in einer Operation zu suchen sei. Hat aber die Zeit von 2 Tagen vielleicht schon hingereicht, diese Einsicht zu erlangen, so würde ich den Fall unbedingt für günstiger halten, als wenn schon 3 und 4 und mehr Tage fruchtlos verstrichen sind.

Je früher die Operation ausgeführt wird, desto grösser sind die Chancen der Rettung!

Welche Operation aber sollen wir ausführen?

Die enormen Fortschritte, welche während des letzten Jahrzehnts gerade in der Chirurgie der Abdominalorgane gemacht worden sind, die relative Gefahrlosigkeit der Laparotomie, welche uns durch die Erfolge bei der Ovariotomie so herrlich demonstrirt wird, legen natürlich den Gedanken sehr nahe, durch kühne Eröffnung der Bauchhöhle, Aufsuchung der Occlusionsstelle, Entwirrung des Volvulus, Lösung der Invagination, Durchtrennung des einschnürenden Netz- oder Gekrösstranges Radicalhülfe zu schaffen, den Kranken von Grund aus zu heilen. Wenn wir Ovarien, Nieren, Uterus u. s. w. mit Erfolg exstirpiren, warum sollten wir nicht auch die Laparotomie zu dem genannten Zwecke glücklich ausführen können? — Gewiss kann diese Frage aufgeworfen werden und sie ist ja auch schon genugsam aufgeworfen und von mancher Seite positiv beantwortet worden. Bei Anlass eines solchen Falles von innerer Einklemmung, den ich noch in Berlin zu beobachten Gelegenheit hatte, discutirte ich lange Zeit mit einem Collegen der innern Medicin, dem Vorstande eines grossen Krankenhauses, über dieses Thema und ich muss bekennen, dass hier der innere College den Chirurgen an Entschlossenheit und Kühnheit im Vorgehen weit übertraf — wenigstens so weit es sich um die Vorschläge handelte. Er war ganz nur für die Laparotomie eingenommen. So wenig aber, wie ich damals diese Ansicht zu der meinigen machen konnte, so wenig ist mir dies auch heute möglich, wo sich meine Erfahrungen auf diesem Gebiete wesentlich erweitert haben.

Nicht mit Unrecht wird als Einwand gegen die Laparotomie zu genanntem Zwecke der Mangel jeglicher exacten Localdiagnose der Occlusionsstelle angeführt. Dies muss ganz gewiss die Operation sehr erschweren. Aber selbst wenn wir den Sitz der Occlusion in jedem Falle sicher zum Voraus zu bestimmen vermöchten, so ist darum die Operation in der Mehrzahl der Fälle doch keineswegs wesentlich leichter und weniger bedenklich und zwar einzig und allein deswegen, weil die Hauptschwierigkeit und auch die Hauptgefahr in dem Umstande liegt, dass gewöhnlich zu der Zeit, wo die Operation inscenirt wird, ein bedeutender, oft maximaler Meteorismus besteht und die oberhalb der Occlusionsstelle liegenden und geblähten Darmschlingen die erstere, mag sie nun liegen, wo immer sie will, überlagern und die Orientirung bis zur Unmöglichkeit erschweren. Macht man trotzdem die Laparotomie — und sie ist ja in einer Reihe von Fällen gemacht worden — so prolabirt zunächst Darmschlinge auf Darmschlinge aus der Bauchwunde, die eingehende Hand aber fühlt nichts als weitere geblähte Darmschlingen und wenn Sie nicht den grössten Theil der meteoristisch aufgetriebenen Darmschlingen vor der Bauchwunde entfalten wollen, so werden Sie in vielen Fällen von der weitern Ausführung der Operation abstehen müssen. Gar mancher Chirurg aber dürfte das letztere doch einem Eingriffe vorziehen, der einer Eventration der Bauchorgane nahezu gleichkommt. — Die Schilderung, die ich soeben von einer solchen Operation entworfen, ist keineswegs nur ein Phantasiegebilde. Es ist mir ein Fall, ein Kind betreffend, bekannt, wo thatsächlich die Operation unter den Händen des das Hinderniss suchenden und nicht findenden Operateurs diese Dimensionen erreichte, und erst der letale Collaps des Kindes weiterem Vorgehen

ein Ziel setzte. Und ähnlich erging es *Johnson* und *Fergusson*, welche bei einem 12jährigen Jungen trotz des $6^1/_2$ Zoll langen Bauchschnitts in der Linea alba die in der linken Regio iliaca sitzende Occlusionsstelle nicht finden konnten, deshalb den Darm punctirten und den Inhalt entleerten und schliesslich, nachdem sie so bis zur Stelle der Occlusion vorgedrungen waren und letztere gehoben hatten, den Darm auf's Neue punctirten, weil es ihnen anders gar nicht möglich war, die Reposition desselben in die Bauchhöhle zu bewerkstelligen. Das Kind starb 4 Stunden später. Auch *Spencer Wells* war in einem ähnlichen Falle gezwungen, den Darm behufs der Reposition zu punctiren.

Die Resultate solcher Operationen sind nun auch höchst deprimirende und es ist nicht recht abzusehen, wie die neuesten Fortschritte eine Wendung zum Bessern herbeizuführen vermöchten. Das Haupthinderniss, die Hauptgefahr bildet eben in der Mehrzahl der Fälle der hochgradige Meteorismus, die starke Spannung der geblähten Darmschlingen oberhalb der Occlusionsstelle. Dieses Moment ist der Darmocclusion durchaus eigenthümlich, und es ist deshalb unthunlich, wenn die Vertheidiger der Laparotomie bei Ileus mit den glänzenden Resultaten der Ovariotomisten exemplificiren. Da haben wir es mit leeren, collabirten Därmen zu thun!

Also in der überwiegenden Mehrheit der Fälle von Darmocclusion wird man von der Laparotomie zum Zwecke der Radicalheilung absehen müssen. Doch kann ich mir immerhin einige seltene Fälle sehr wohl denken, wo diese Operation mit mehr Aussicht auf Erfolg sich ausführen lässt. Habe ich doch selbst unter meinen Beobachtungen einen solchen, glücklich verlaufenen Fall zu verzeichnen. Es betrifft den Kranken mit H. properitonealis incarcerata, der durch directes Blosslegen der Bruchgeschwulst hinter den Bauchdecken, Eröffnung des Bruchsacks und Reposition der Darmschlinge geheilt wurde. Doch bekenne ich gerne, dass hier die Verhältnisse so überaus günstig liegen, wie bei keiner andern innern Occlusion und sich ganz denjenigen nähern, die wir bei einer äussern incarcerirten Hernie vorfinden. — Allein abgesehen von diesem Specialfall, den Sie meinetwegen als nicht beweiskräftig erachten wollen, kann die Laparotomie nach meiner Ansicht dann indicirt sein, wenn der Meteorismus sehr gering ist oder ganz fehlt, d. h. einmal wenn die Operation sehr frühzeitig ausgeführt werden kann, also zu einer Zeit, wo dieses Symptom sich noch nicht in störender Weise entwickelt hat, und ferner, wenn die Occlusionsstelle hoch oben, im Jejunum sitzt. In dem letztern Falle dürfte überhaupt von keinem andern Eingriffe als von der Laparotomie Rettung zu erhoffen sein.

Je weniger ich mir nach den bisherigen Erörterungen von der Laparotomie zum Zwecke der Radicalbehandlung der Darmocclusion für jetzt und die nächste Zukunft versprechen kann, desto wichtiger und werthvoller muss mir jene andere Operation erscheinen, welche in 5 Fällen meiner Beobachtung zur Ausführung kam und welcher sämmtliche Operirte ihr Leben verdanken. Ich meine die Laparo-Enterotomie, die Anlegung eines Anus artificialis oberhalb der Occlusionsstelle — zunächst nur eine symptomatische Operation, nichts desto weniger aber eine in eminentem Sinne lebensrettende. Drei Mal wurde die Operation

ausgeführt, ohne dass der Operateur sich weiter über die Art der Occlusion zu orientiren versuchte, indem er entweder nach dem Vorschlage von *Nélaton* in der Regio iliaca dextra oder aber sinistra die Bauchwand spaltete und die erste in die Wunde hinein sich drängende geblähte (Dünn-) Darmschlinge fixirte und öffnete. Zwei Mal dagegen wurde erst der Versuch gemacht, von der für das Eingehen mit der Hand hinreichend grossen Bauchwunde aus die Occlusionsstelle zu entdecken, doch ohne Erfolg. Darauf eröffnete *v. Langenbeck* in dem einen Falle (Invaginatio colica) das geblähte Cœcum, ich in dem andern Falle das Colon descendens, da ich Gründe hatte, das Hinderniss in der Flexur zu vermuthen (Axendrehung der Flexur).

So wurde also 3 Mal die Laparo-Ileotomie, einmal die Laparo-Typhlotomie, und einmal die Laparo-Colotomie ausgeführt und in sämmtlichen Fällen zeigte der weitere günstige Verlauf, dass in der That der Zweck der Operation erreicht, d. h. der Darm oberhalb der Occlusionsstelle eröffnet worden war.

So gefährlich die Laparotomie bei Ileus ist, so wenig gefährlich und einfach in der Ausführung ist nach diesen und zahlreichen andern Erfahrungen die Laparo-Enterotomie. Und dennoch steht diese lebensrettende Operation auch heute noch, in Deutschland wenigstens, in keinem besonderen Ansehen und zwar namentlich aus drei Gründen:

Es wird gewöhnlich zunächst eingewendet, dass die Stelle der Occlusion gelegentlich einmal sehr hoch oben, z. B. im Jejunum sitzen könne und ein Jejunalafter selbstverständlich die Ernährung unmöglich mache. Darauf lässt sich aber erwiedern, dass bei einer Occlusion des Jejunum aus oben angegebenen Gründen die Verhältnisse — frühzeitige Diagnose, Fehlen des Meteorismus — für eine Laparotomie so günstig liegen, dass man nicht leicht in die Lage kommen wird, in diesem Falle die Laparo-Enterotomie dieser Operation vorzuziehen.

Dann wird angeführt, dass zwar die Occlusionsstelle tief genug liegen könne, um die Anlegung eines Anus artificialis zu rechtfertigen; dass man aber bei der Wahl der Darmschlinge für diesen Anus irregehen und eine zu hoch über der Occlusionsstelle liegende Schlinge fassen könne, worauf dann ebenfalls die Ernährung des Pat. Noth leide. — Dieser Einwand lässt sich zwar nicht ganz wegräumen; doch darf immerhin hervorgehoben werden, dass nach *Nélaton*'s Untersuchungen, mit welchen meine bisherigen Erfahrungen vollständig übereinstimmen, die Lage des Darms in der Bauchhöhle derart ist, dass in der Regio iliaca dextra mit ziemlicher Constanz die untern Ileumschlingen getroffen werden.

Der wichtigste Einwand aber betrifft die hochgradige Infirmität, welche angeblich durch Anlegung eines solchen Bauchafters geschaffen wird. — „Zeitlebens eine solche Darmfistel! Der After vorn am Leibe! Proh, horror!" — Auch dieser Einwand ist nicht stichhaltig.

Einmal hat die Operation des Anus artificialis in einer Anzahl von Fällen von acuter Darmocclusion nur eine temporäre Bedeutung, insofern es möglich ist, dass die Occlusion durch die prompte Entleerung des gespannten Darms und die Beseitigung der stürmischen Darmperistaltik gehoben und die Kothpassage nach dem natürlichen After wieder frei wird. *Nélaton* hat 3 solche Fälle beobachtet,



Baum einen, und ich selbst kann diesen und andern mitgetheilten Fällen aus meiner Privatpraxis eine weitere Beobachtung anreihen. Hier handelte es sich, wie ich bei und nach der Operation anzunehmen Gründe hatte, um eine Axendrehung der Flexura coli und zwar bei einer Gravida im 5. Monate, welche die im Bereich des Colon descendens ausgeführte Colotomie sehr leicht überstand und schon nach wenigen Tagen die Defæcation auf normalem Wege wieder besorgte. Bei diesem glücklichsten Ausgange schliesst sich entweder die Darmfistel von selbst oder sie schrumpft, wie in meinem Falle, zu einer engen, etwas Schleim secernirenden Oeffnung zusammen, deren plastischer Verschluss keine erheblichen Schwierigkeiten bereiten kann.

Aber wenn nun auch die Kranken verurtheilt sind, zeitlebens den künstlichen After zu tragen: Ist ihr Loos dann wirklich ein so klägliches, so fürchterliches, wie es sich der Laie und vielleicht noch mancher College vorstellt? Gewiss nicht! — Auch in dieser Beziehung habe ich sehr lehrreiche eigene Erfahrungen machen können, indem ich lange Zeit 2 Kranke beobachtete und öfter untersuchte, welche von meinem hochverehrten Lehrer *v. Langenbeck* in der genannten Weise operirt worden waren und ihrem Berufe als Schlosser und Tapezierer ungestört oblagen, ohne dass irgend Jemand — von ihren nächsten Familienangehörigen abgesehen — das Geheimniss ihrer Infirmität erfahren hätte. Bekannt ist auch jener von *Miriel* in Brest im Jahre 1816 operirte Fall, ein Kind betreffend, das bald nach der Geburt wegen Imperforatio ani nach *Littre* operirt worden war und zum blühenden Mädchen, ja zur glücklichen Mutter heranwuchs. Als junges Mädchen nahm Pat. an allen Vergnügungen, Bällen u. s. w. activen Antheil, ohne dass Jemand etwas von ihrer Infirmität ahnte. Dann wurde sie Gattin und Mutter von 4 wohlgestalteten Kindern und im Jahre 1860 erfreute sie sich noch der besten Gesundheit.

Ich resumire also:

1) Die chirurgische Behandlung des Ileus in Folge von Darmocclusion besteht nur ausnahmsweise in der Laparotomie als Radicaloperation der Occlusion.

2) Die typische Operation ist bis heute nach Lage der Verhältnisse die Laparo-Enterotomie, die Anlegung eines Anus artificialis.

3) Diese Darmfistel hat oft nur die Bedeutung eines temporär wirkenden Nothventils, das sich schliesst oder geschlossen werden kann, sobald die Passage wieder frei geworden ist.

4) Wo aber die Darmfistel zeitlebens offen bleiben muss, da ist doch der Zustand des Kranken ein erträglicher, ein menschenwürdiger. Mit Unrecht haftet darum dieser Operation noch vielerorts das Odium an, eine unerträgliche Infirmität zu schaffen und das Leben zu einem Scheinleben zu reduciren. Die Laparo-Enterotomie bei Ileus in Folge von Darmocclusion ist eine wahrhaft lebensrettende und darum gerechtfertigte Operation.



Vereinsberichte.

Medicinische Gesellschaft in Basel.

Schriftführer für die Corresp.-Blatt-Referate Dr. *Daniel Bernoulli.*

Sitzung vom 15. December 1881.

Anwesend 26 Mitglieder.

Geschäftliches.

Die Wahlen der Gesellschaftscommission für 1882 ergeben folgendes Resultat: Präsidium Dr. *Wilhelm Bernoulli;* der Secretär Dr. *Daniel Bernoulli*, der Cassier Dr. *Rosenburger* und die Lesecirkeldelegirten verblieben laut Acclamation in ihren Aemtern.

Prof. *Kollmann* spricht über den jetzigen Stand der Anatomie der Grosshirnwindungen, welcher namentlich auf der Erkenntniss des Werthes der entwicklungsgeschichtlichen und auf der richtigen Einschränkung der vergleichend-anatomischen Momente beruht. Auf erstere gründet sich die Scheidung der Oberfläche in Insel und Mantel. Eine der frühesten Bildungen ist die Fossa Sylvii, mit ihrer Umgebung das Sprachcentrum. Die Fissuræ (occipitalis, Sylvii, calcarina, hippocampi) documentiren ihren Werth durch ihr sehr frühes Entstehen am embryonalen Gehirn, während die massenhaft vorhandenen Sulci für die Orientirung nicht maassgebend sind und nie so tief einschneiden wie die Fissuren. Maassgebend zur Beurtheilung der menschlichen Grosshirnwindungen ist nach *Pansch* nur das Gehirn der Primaten, während die charakteristischen Windungen des Gehirns der Bruta (*Leuret* und *Gratiolet*) nach einem ganz andern Plan gebaut sind. Die Windungen richten sich nach den Furchen. Referent charakterisirt zum Schluss die Untersuchungen *Exner*'s über die motorischen Rindenfelder. Zahlreiche Demonstrationen an Präparaten geben dem Vortrage die gewünschte Klarheit.

Dr. *Wilhelm Bernoulli* erstattet kurzen Bericht über den medic. Lesecirkel.

Die Gesellschaft erhält ein Geschenk von Prof. *Kollmann:* statistische Erhebungen über die Farben der Augen, der Haare und der Haut in den Schulen der Schweiz.

Sitzung vom 19. Januar 1882.

Anwesend 28 Mitglieder.

Prof. *Socin* stellt einen jungen Mann vor mit Phlebektasie der Rumpfvenen, eine Krankheit, von welcher bisher erst 3 Fälle bekannt sind. Dieselbe stellte sich seit einigen Monaten, ohne bekannte Veranlassung, allmälig ein. Die Entwicklung ist am Nabel und namentlich in den Fossæ femorales am stärksten. Das Blut fliesst in den Ectasien nach abwärts und wird also noch durch die Schenkelbewegung gegen die Fossa ovalis gepumpt. Die Ursache findet der Vorstellende in genuiner Venenerkrankung, da sich innere Circulationsstörungen nicht nachweisen lassen. Wird die Krankheit bedrohlich, so ist die Resection der Venen indicirt.

Derselbe stellt einen Mann vor, dem durch Unfall an der Oberfläche der rechten Hand die Haut und die Sehnen des Extensor communis des 3. und des

4. Fingers zerrissen wurden. Da die Wunde ohne Vereinigung der Sehnenstümpfe geheilt war, stellte der Vorstellende die Beweglichkeit durch Ausschneiden der Narbe und die Sehnennaht wieder her. Heilung rasch. Die Beweglichkeit des 3. und des 4. Fingers erweist sich als ganz normal.

Derselbe weist an 2 jüngern Knaben von 6 und von 8 Jahren die Effecte einer neuern Klumpfussbehandlung vor, wobei, um die Adductionsstellung zu bessern, aus dem Fussrücken ein Knochenkeil mit Basis nach aussen und vorn ausgenommen wurde, so gross, dass nach der Operation der richtig gestellte Fuss keine Spannung darbietet. Die Durchschneidung der Achillessehne wird vorangeschickt, dagegen sind die Sehnen des Fusses intact zu lassen. Das Resultat dieser an ältern Klumpfüssen vorgenommenen Operation ist ein sehr gutes.

Eine Zuschrift des hiesigen Apothekervereines gibt Kenntniss von den jüngsten Veränderungen der Arzneitaxe.

Der Jahresbericht über 1881 wird vom Secretär abgelegt, genehmigt und verdankt.

Desgleichen gibt der Cassier Bericht über den Cassenstand im vergangenen Jahre.

Referate und Kritiken.

Beobachtungen über Glaskörperrhexis bei Scleralextractionen.

Von *Rheindorf.* Leipzig und Heidelberg, C. F. Winter, 1881. p. 48.

Ausser den, durch heftige Iritis und Iridocyclitis bedingten, stets complicirten Nachstaaren kommen nach der heute fast allgemein geübten Staaroperation noch 2 weitere Formen von Secundärcatarakt vor, von denen die eine schon bald, die andere noch nach Monaten das operative Resultat wieder zu beeinträchtigen vermag.

Bei der ersten Form sind klebrige Corticalmassen im Capselfalz zurückgeblieben und haben zu Verwachsung der vordern und hintern Capsel geführt. Bei der zweiten Form ist die Pupille scheinbar absolut schwarz; bei schiefer Beleuchtung aber erkennt man eine seidenartig schillernde, feine, doch gleichmässig dichte Membran in einigem Abstande hinter der Iris. Es ist dies die verdickte hintere Capsel, die durch Lichtdiffusion und Blendung sehr störend wirkt.

Gestützt nun auf die Erfahrung, dass nicht selten in Fällen, wo nach der Linsenentbindung Glaskörper sich entleerte, ein ausgezeichnetes Sehvermögen ohne eine Spur von Nachstaar erhalten wurde, schlitzt *Rh.* nach vollendeter Extraction und Entfernung des Elevateurs die hintere Linsencapsel mittelst eines scharfen Irishäckchens auf. Das Auseinanderweichen der Capsel ist an einer merklichen Erweiterung und an der auffallenden Schwärze der Pupille erkenntlich. Irgend ein unangenehmes, direct mit der kleinen Operation in Zusammenhang zu bringendes Ereigniss kam nie zur Beobachtung. Abgesehen von der durchschnittlich bessern Sehschärfe gab die Methode überaus glatte, von iritischen Complicationen freie Heilungen. Besonders scheinen zurückgebliebene Corticalmassen sich viel vollständiger und rascher zu resorbiren.

Rh. glaubt die günstige Wirkung der „Glaskörperrhexis“ in folgenden Puncten zu finden:

1) wird durch dieselbe eine Spannung und Zerrung des Ciliarkörpers mittelst Zonula und hinterer Capsel, wie sie sonst bei der Staaroperation erfolgt, vermieden;

2) übt sie einen günstigen Einfluss aus auf die Circulationsverhältnisse des Nvealtractus;

3) wird durch sie die mechanische Reizung der Iris durch Corticalis und Capsel verhindert oder wenigstens vermindert;

4) tritt aber dennoch Iritis ein, so wird durch den Glaskörperstich den Producten

derselben der Boden entzogen, auf dem sie sich zu jenen festen, unnachgiebigen Schwarten organisiren können, die in allen Fällen von Iridocyclitis zu Verschluss der hintern Bulbushälfte und zu Atrophie des Auges führen.

Bekanntlich hatte *v. Hasner* bereits im Jahre 1864 eine ähnliche Operation empfohlen.

Hosch.

Gerichtsärztliche Praxis.

40 gerichtsärztliche Gutachten von Dr. *Herm. Friedberg*, Professor der Staatsarzneikunde in Breslau. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1881. S. 452.

Es ist zweifellos in den meisten Fällen, in denen ärztliche Gutachten vom Richter als Beweismomente für die Beurtheilung ärztlicher Thatsachen verlangt werden, von entscheidender Bedeutung, wie dieselben nach Form und Inhalt erstattet werden. Nicht umsonst zeigen die staatlichen Behörden ihr grosses Interesse in dieser Frage in dem Bestreben, die gerichtsärztlichen Studien zu fördern und zu heben. Nicht weniger bekannt ist es, dass die Anforderungen der Gesetzgeber und Richter von Seiten der Aerzte nicht immer ihre volle Befriedigung finden. Verf. gibt nun in vorliegendem Werke eine grössere Anzahl von ihm erstatteter Gutachten über die verschiedensten und interessantesten Vorkommnisse der gerichtsärztlichen Praxis, die man vermöge der ihnen innewohnenden Klarheit, Sachlichkeit und Verständlichkeit als Mustervorlagen bezeichnen kann. Dieselben betreffen civil- und criminalrechtliche, allgemein ärztliche und psychiatrische Materien und zeigen durchgängig das Bestreben des Verf., dem Richter eine überzeugende klinische Darstellung der der ärztlichen Beurtheilung vorgelegten Fälle zu geben. Ohne näher auf den Inhalt des in allen Beziehungen den Gerichtsärzten empfehlenswerthen Buches einzugehen, füge ich nur noch an, dass dem Gutachten als Anhang zwei kurze, aber höchst wichtige und vortreffliche Abhandlungen „über die Verletzung der Kopfschlagader bei Erhängten und Erdrosselten“ und „über ein neues Zeichen des Erwürgungsversuchs“ beigefügt sind. Am Schlusse findet sich ein Verzeichniss der vom Verf. früher veröffentlichten klinischen, gerichtlich medicinischen und hygieinischen Arbeiten. *L. W.*

Cantonale Correspondenzen.

Basel. Die Abstimmung über das Seuchengesetz.

Justum et tenacem propositi virum
Non civium ardor prava jubentium
Mente quatit solida. . . .

Etwas von jener kühlen Gelassenheit mag sich, vielleicht vermischt mit einiger moderner Ironie, der Republicaner des zu Ende gehenden 19. Jahrhunderts vorräthig halten angesichts einer ungünstig ausfallenden Referendumsabstimmung. Gegen die von der erdrückenden Majorität der Räthe adoptirte Fassung des Seuchengesetzes haben circa 80,000 unter impfgegnerischer Fahne zusammengetrommelte Stimmen das Referendum ergriffen und mit 253,968 gegen 67,820 Stimmen ist das Seuchengesetz am 30. Juli verworfen worden. Auf die einzelnen Kantone vertheilen sich diese Stimmen folgendermassen:

	Ja.	Nein.	Summe.	Ja in %
Neuenburg	3947	2200	6147	64
Genf	1704	2673	4377	39
Schaffhausen	2154	4093	6247	34
Waadt	5095	9734	14,829	34
Zürich	18,053	34,672	52,725	34
Graubünden	3664	9241	12,905	28
Thurgau	4534	12,034	16,568	27
Solothurn	1681	4566	6247	27
Tessin	2707	7450	10,157	27
Zug	375	1412	1787	22
Transport	43,914	88,075	131,989	

Transport	43,914	88,075	131,989	
Aargau	6474	25,417	31,891	21
Baselland	1089	4566	5655	19
Bern	6489	36,172	42,661	15
Luzern	1829	10,536	12,365	15
Obwalden	145	979	1124	13
Baselstadt	589	4153	4742	12
St. Gallen	3470	33,172	36,642	9
Freiburg	1464	14,078	15,542	9
Schwyz	273	2769	3042	9
Nidwalden	92	969	1061	9
Appenzell a. Rh.	715	9745	10,460	7
Wallis	874	13,730	14,604	6
Glarus	292	4923	5215	6
Appenzell i. Rh.	52	2028	2080	2,5
Uri	59	2656	2715	2
Total	67,820	253,968	321,788	21

Das Seuchengesetz wird zweckmässig amputirt wieder auferstehen; ein eidgenössisches Gesetz über Impfung ist jedenfalls für längere Zeit unmöglich. Ja es wird wohl das Resultat der Abstimmung da und dort noch zum Versuch reizen, die bestehenden cantonalen Verordnungen über Impfung umzustürzen. Wie weit solche Versuche auf Erfolg rechnen können, ist freilich (von Basel abgesehen) eine andere Frage. Denn die grosse Mehrheit gegen das Gesetz, welche sich, wie im Ganzen, so auch, mit Ausnahme von Neuenburg, in allen Cantonen ergab, zeigt deutlich genug, dass der landläufigen Impfgegnerei, welche den Streit begann, ganz andere Factoren, wenn nicht überhaupt zum Siege, doch zu einer so grossen, für die Urheber des Referendums selbst überraschenden verwerfenden Stimmenzahl verholfen haben. Sehen wir doch, dass der Canton Zürich, der vor 2 Jahren mit 28,789 gegen 23,115 Stimmen das Initiativbegehren um Abschaffung des Impfzwangs verwarf, jetzt bei fast gleicher Gesammtzahl der Stimmenden nur 34% Ja für das Seuchengesetz aufweist, dass die Waadt, wo, wie überhaupt in der welschen Schweiz, die Impfgegnerei keinen Boden hat, bei schwacher Betheiligung auch nur 34% Ja einlegte, u. s. w. Da fallen neben impffreundlichen Gegnern des Zwangs vor allem ins Gewicht die gedankenlosen Neinsager, welche bei jeder Abstimmung das Schicksal der Gesetze zu gefährden pflegen, endlich die bewussten Gegner jeder Erweiterung der Bundesgesetzgebung, deren Centralisationsfurcht gewiss nirgends weniger Berechtigung hat, als auf dem nicht nur intercantonalen, sondern internationalen Gebiete der Seuchenpolizei. Bezeichnend genug ist, dass am günstigsten die Cantone dastehen, welche zuletzt noch in grösserm Maasse erfahren haben, was Pocken sind: Neuenburg, das allein durch Annahme des Gesetzes glänzt, Genf, das bisher ohne Impfzwang, doch eine anständige Minorität aufweist.

Die Genugthuung allerdings kann den Impfgegnern nicht abgeläugnet werden, dass für das Gesetz nicht einmal soviel Stimmen positiv eingetreten sind, als ihnen gelungen ist, für das Referendumsbegehren zu sammeln. Es ist ein neues Beispiel der alten Erfahrung, dass die Wahrheit weniger leicht Eingang findet und schwerer haftet als ihr Gegentheil, dass die Vertreter der ersteren leichter ermüden, als die Propheten des Trugs, welche fanatisch, unerreichbar für jede Logik, unzugänglich jeder Belehrung sich nicht scheuen, das dutzendmal Widerlegte dreist aufs neue zu wiederholen, sicher des Erfolges, dass semper aliquid hæret. Was in dieser Beziehung von den Gegnern des Seuchengesetzes mündlich und schriftlich geleistet worden ist, liegt natürlich weit unterhalb des kritischen Horizonts eines wissenschaftlichen Organs; nur als erheiterndes Muster mag die folgende Leistung (aus einem Bieler Blatte) Platz finden.

„Die Aussage des Chirurgen *Jenner* wurde von Hoch und Niedrig sofort als ein Evangelium hingenommen, an dessen Wahrheit zu zweifeln eine grosse Sünde wäre. Nicht eine einzige Prüfung wurde angestellt. (!) Nun warfen freilich die Aerzte den ekelhaften Quark, mit dem sie bisher die Kranken misshandelt, auf den Mist, aber nur um zur Lanzette zu greifen und zu impfen. . . . . Das Impfen wurde zur Manie, zum Wahnsinn. Und was war der Erfolg? Es starben fast die Hälfte Kinder

mehr wie vorher und eine Menge Kinderkrankheiten traten auf, die man früher nicht gekannt hatte. (!) Aber gleichviel, es musste geimpft werden. So ging es fort und Tausende fielen dem Impfunsinn zum Opfer, bis die französische Revolution (!) dieser gesetzlichen Kindermörderei ein Ende machte. Von da an blieb das Impfen eine freiwillige Sache, ein Zwang herrschte unseres Wissens nirgends. (!) Von da an hörte auch die grosse Sterblichkeit der Kinder auf" u. s. w.

Der phantasievolle Scribent ist gewiss nicht schlimmer, als x seiner Collegen; er wusste es wohl nicht besser und der einzige — heutzutage unzeitgemässe — Vorwurf, den man ihm machen könnte, wäre: er habe in vollständiger Unwissenheit, aus Popularitätshascherei oder übelangebrachtem Freiheitsbedürfniss mitgeholfen, die wohlerwogenen Bestimmungen eines Gesetzes zu verdächtigen, bei Lesern, die ebenso unwissend waren, wie er selbst.

Das haben aber noch ganz andere Leute gethan, als obscure Zeitungsschreiber. Hat doch zu gleichem Zwecke in letzter Stunde Herr *Ad. Vogt* über „die Pockenseuche und Impfverhältnisse in der Schweiz" berichtet. Wer weiss, wie mangelhaft, lückenhaft und ungleichartig dasjenige ist, was etwa da und dort in den verschiedenen cantonalen Sanitätsberichten über die Pocken in den früheren Jahrzehnten sich findet, ist sich darüber klar, dass eine retrospective „Enquête auf eigenem Grund und Boden" absolut nichts Erspriessliches zu Tage fördern konnte. Herr *V.* hat es trotzdem, wenn nicht eben desswegen, für seine „patriotische Pflicht" gehalten, dieses Material auf seine Weise zu sammeln, um dadurch sein „schwaches Scherflein zur Lösung der streitigen Fragen beizutragen." Wenn wir constatiren, dass die Schrift auf der vollen Höhe seiner bisherigen Leistungen auf diesem Gebiete steht, so ist damit Alles gesagt und mehr als zwei Beispiele zum Belege dieses Urtheils wird kein Leser verlangen.

Im „Berichte über die Impffrage" heisst es (pag. 62) ausdrücklich:

„Kaum ernst gemeint ist der Einwurf, man habe in Schweden erst gegen Ende des Jahres 1801 begonnen zu impfen; wie könnten diese wenigen Impfungen schuld sein, dass die Blatternmortalität von 2563 per Million Lebender im Jahre 1801 auf 644 im Jahre 1802 herunterging? Darin sieht auch Niemand eine Wirkung der Impfung; es war nur die nach jeder stärkern Epidemie folgende Remission, wie sie ja vorher auch jeweilen eingetreten war. Aber daran war die Impfung Schuld, dass nicht, wie vorher jeweilen, nach einigen Jahren sich die Pocken zu einer Epidemie mit einer Mortalität von 2, 3, 5, ja 7 pro mille der Lebenden erhoben; nur einmal noch 1809 stieg die Pockenmortalität in Schweden auf 1 ‰ der Bevölkerung" u. s. w.

Das hält Herrn *V.* nicht ab, nachdem er (pag. 36) mitgetheilt, dass die schwedische Pockenmortalität auf 100,000 Lebende betrug: 1800: 513, 1801: 257, 1802: 65 — im weitern zu schreiben „dass man am 1. November 1801 die *Jenner*'sche Erfindung in Schweden noch nicht gekannt habe: und schon war die Zahl der Pockentodten auf die Hälfte reducirt. Am 7. Januar 1802 wurden auf des Königs Befehl im k. Spital zu Stockholm die ersten Vaccinationsversuche gemacht: und wieder gingen in dem weiten Schwedenland mit seinen dünngesäeten 2,374,000 Einwohnern die Pocken noch mehr zurück, sogar auf den 8. Theil der früheren Opfer und zwar nach dem sachverständigen Dr. *Lotz* allein wegen der Impfversuche in Stockholm. . . . . Der in der Wissenschaft verpönte Grundsatz „post hoc ergo propter hoc" wird hier von einer hohen eidgenössischen Sanitätsbehörde noch übertrumpft durch das „prae hoc ergo propter hoc." u. s. w.

Wie schlimm muss es um eine Ansicht stehen, wenn man zu ihrer Vertheidigung so grober Entstellungen nicht entrathen kann, wie schlimm, wenn man nicht vor solchen zurückschrickt. Und nun noch das unvermeidliche arithmetische Exempel: Auf Tab. IX wird die Bevölkerung Basels auf Mitte des Jahres 1875 annähernd richtig gerechnet auf 52,680 angegeben. Zwei Seiten später auf Tab. XI beträgt dieselbe Bevölkerung auf die Mitte desselben Jahres nach Altersclassen angegeben und richtig addirt nur 40,170! Differenz 12,510 nebst entsprechenden Fehlern in der Berechnung der Basler Pockenmortalität. Der Rest ist Schweigen.

Schliessen wir mit dem Lichtbilde einer wirklichen dankenswerthen „Enquête auf eigenem Grund und Boden." Es ist der Bericht über die Blatternepidemie

im Canton Bern während des Jahres 1881. Im Auftrag der Direction des Innern des Cantons Bern verfasst von Dr. *Ch. Girard.* Bern. Stämpfli'sche Druckerei 1882.

Was man Berichten über Blatternepidemien leider nur zu selten nachrühmen kann, gilt von dem vorliegenden: er ist kurz (20 Seiten) und gut, insbesondere auch musterhaft in der Disposition des Materiales nach Alter, Geschlecht und Impfzustand. Wir entnehmen demselben folgende (im Originale noch genauer specialisirte) Angaben über die

Blattern-Erkrankungen und Todesfälle nach Alter und Impfzustand.

	Summe		Ungeimpfte incl. ohne Erfolg Geimpfte		Zu spät Geimpfte		Geimpfte incl. Revaccinirte		Impfzustand unbekannt	
	E.	†	E.	†	E.	†	E.	†	E.	†
Unter 1 Jahr	18	13	16	13	2	—	—	—	—	—
1—2 „	13	4	11	4	1	—	1	—	—	—
2—5 „	40	18	33	17	7	1	—	—	—	—
5—10 „	30	3	22	2	4	—	4	1	—	—
10—15 „	14	2	6	2	1	—	7	—	—	—
15—20 „	24	3	2	1	2	—	19	1	1	1
20—30 „	63	1	—	—	—	—	63	1	—	—
30—40 „	42	1	—	—	—	—	42	1	—	—
40—50 „	18	1	1	1	—	—	17	—	—	—
50—60 „	19	4	2	—	—	—	17	4	—	—
60—70 „	5	3	1	1	—	—	3	2	1	—
Ueber 70 „	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Erw. v. unbek. Alter	3	—	—	—	—	—	1	—	2	—
Summe:	290	53	94	41	17	1	175	10	4	1

Diese Zahlen bedürfen keines Commentars und ihre Moral wird dadurch nicht alterirt, dass bei 2 Fällen der Impfzustand, bei 3 Fällen der Ausgang, bei weitern 2 Fällen beides unbekannt blieb; diese zweifelhaften Fälle betrafen sämmtlich Erwachsene sehr wahrscheinlich ohne tödtlichen Ausgang, da solcher zur Kenntniss der Behörde gelangt wäre. Auf Grund einer Abschätzung der geimpften und ungeimpften zwischen 1 und 10 Jahren Lebenden berechnet der Bericht, dass auf dieser Altersstufe „die Geimpften im Verhältniss zu ihrer Anzahl zum Mindesten 156 mal weniger von den Blattern befallen wurden, als die Ungeimpften".

Wir wünschen dem Berichte zahlreiche Leser und künftigen Epidemien, welchen der Entscheid vom 30. Juli die Pfade geebnet hat, auch in andern Cantonen ebenso exacte Berichterstatter. Wenn uns doch der Schaden nicht erspart werden soll, so müssen wir ihn wenigstens benützen, damit eine künftige Majorität vielleicht klüger wird, als diejenige des 30. Juli gewesen ist. *Lotz.*

Bern. Arztzeugnisse für Militärs. Die Zeit der Aushebung rückt heran, und die meisten Aerzte werden in den Fall kommen, Zeugnisse für Patienten auszustellen.

Jedes Jahr hört man Aerzte in Privatkreisen sich darüber beschweren, dass ihren Zeugnissen von der Untersuchungs-Commission nicht gebührend Rücksicht getragen worden sei.

Solche Klagen werden ganz aufhören, sobald jeder Arzt beim Ausstellen die einfache Regel beobachtet: jedes Zeugniss für Militärs so auszustellen, wie er als Mitglied der Untersuchungscommission oder als mit der sanitarischen Eintrittsmusterung beauftragter Corpsarzt es zu erhalten wünschen würde.

Die Vorschrift, dass alle Arztzeugnisse verschlossen einzureichen sind, gibt dem Arzt alle nöthige Garantie gegen Unannehmlichkeiten; freilich thut er wohl daran, den Verschluss so einzurichten, dass das Zeugniss nicht vom Patienten geöffnet und wieder verschlossen werden kann (z. B. in ein anderes weisses Couvert). Es schadet daher gar nichts, auf dem Zeugniss selbst beizufügen: „Gegeben in versiegelter Enveloppe den etc."

Die Aerzte müssen sich vor Allem von dem Vorurtheil frei machen, dass die Zeugnisse für nichtärztliche Stellen bestimmt seien. Keine solche erhält die Zeug-

nisse. Es ist somit nicht am Platz, einfach eine „Bescheinigung“ auszustellen, die einer „Behauptung“ zum Verwechseln ähnlich sieht und von vornherein zum Widerspruch reizt. Der Arzt, der urtheilen soll, will orientirt sein; speciell will er wissen, wann der Mann erkrankt und in Behandlung des betr. Arztes getreten ist und welche Eigenthümlichkeiten die Krankheit im vorliegenden Fall darbietet oder dargeboten hat. Das Nöthige lässt sich mit sehr wenigen Worten sagen; hauptsächlich sucht der untersuchende Arzt in dem Zeugniss Aufschluss über das, was er durch objective Untersuchung nicht constatiren kann. Für augenfällige Gebrechen sind Arztzeugnisse ganz überflüssig.

Ebenso wenig wie blosse lakonische Bescheinigungen ohne unterstützende Daten sind den untersuchenden Aerzten lange Krankengeschichten erwünscht, die man eingehend zu studiren während der Verhandlung nicht Zeit hat.

Endlich mögen die Aerzte bei Ausstellung von Zeugnissen sich bescheiden, ihr Urtheil über die Diensttauglichkeit oder Untauglichkeit nur als ihre subjective Ansicht beizufügen und nicht als kategorischen Imperativ. Letzterer weckt immer den Verdacht, der Arzt fürchte selbst, dass ohne den Hochdruck seiner Autorität der Mann nur wegen seines Gebrechens doch nicht dispensirt würde.

Zeugnisse, welche die Unmöglichkeit des Einrückens eines Mannes in einen Dienst beweisen sollen, dürfen nicht früher als 2 Tage vor dem Einrücken ausgestellt und eingesandt werden; sie müssen speciell den Nachweis leisten, dass und warum es dem Betreffenden unmöglich ist, dem Aufgebot auf den Termin Folge zu leisten. Zeugnisse, welche diese Regel nicht beobachten, ziehen dem Betreffenden bedeutende Unannehmlichkeiten zu. Nur für Cadres, welche ersetzt werden müssten, sind die Zeugnisse frühzeitig einzureichen.

Specialfälle machen schliesslich wünschenswerth, dass die Zeugnisse so genaue Personalangaben (Geburtsjahr!) enthalten, dass sie nicht leicht für einen Mann ähnlichen Namens gebraucht werden können. *Z.*

Thurgau. Darmruptur durch Steinwurf. Nachstehender Fall, den ich in Kürze mittheile, wurde in kleinerem Kreise (Werthbühlia) der Veröffentlichung werth befunden.

J. K. in K., ein etliche 20 Jahre alter, sehr kräftiger, gesunder Bauernknecht, wird am 29. Mai 1882, Abends $^1/_2$11 Uhr, durch einen faustgrossen, ovalrundlichen Stein ohne Zacken oder Kanten, welcher von einer im Steinschleudern geübten Hand aus einer Entfernung von etwa 50 Schritten geschleudert war, in die rechte Bauchseite auf Nabelhöhe getroffen. Mit den Worten: „ich bin getroffen“, sinkt er um, jedoch ohne das Bewusstsein zu verlieren und kann sich nur mit Hülfeleistung eines Freundes wieder erheben und mühsam nach Hause schleppen, wo er sich sofort zu Bette legt. Bald darauf tritt zweimaliges Erbrechen ein. Der Schmerz an der Stelle, wo der Stein aufgeschlagen hat, nimmt zu. Ich constatire etwa 1$^1/_2$ Stunden später: Gesichtsausdruck des Pat. ängstlich, Athemzüge regelmässig, langsam und tief, Puls 78, von normaler Beschaffenheit. Pat. gibt verständige Antworten, klagt über Durst und heftigen Schmerz in der rechten Bauchseite. Abdomen ist nicht aufgetrieben, gibt überall normal tympanitischen Percussionsschall. Keine Blasendämpfung, obwohl noch kein Urin gelassen worden ist. Nirgends am Bauche zeigt sich auch nur eine Spur einer Gewalteinwirkung: keine Verletzung der Bauchdecken, keine Ekchymosen, keine Sugillationen. Schmerzhaft bei Druck mit der Hand sowie spontan ist nur die Stelle, wo der Stein getroffen hat, rechts vom Nabel in einer horizontalen Breite von etwa 10 cm. Gegen Morgen erneuert sich der Brechreiz und das Erbrechen. Mein Befund am Morgen war sonst: Zunahme der Dyspnœ und der Beklemmung; Puls kleiner, 120; Temp. 37,8. Der Schmerz im Unterleib hat sich über die ganze rechte Bauchseite verbreitet; schon leichte Berührung wird schmerzhaft empfunden. Auch gibt dieselbe ganze Bauchhälfte gedämpften Percussionsschall und ist vorgewölbt. Stuhl fehlt. Urin war spontan gelassen, von normalem Ansehen, nicht bluthaltig. Bis gegen Abend verbreiten sich die Schmerzen auch über die linke Bauchseite. Der weitere Verlauf war der jeder Perforativperitonitis: unstillbares Erbrechen, fortwährendes Kleinerwerden des Pulses, schliesslich Collaps und Tod. Das letale Ende trat 38 Stunden nach stattgehabtem Insult ein. Die Behandlung war die gebräuchliche: absolute Diät, Eisblase, Morphium subcutan.

Bei der gerichtlichen Section am 31. Mai erwiesen sich die Bauchdecken an der Stelle der Contusion sowohl auf der Aussen- als auf der Innenseite als auf Durchschnitten in jeder Hinsicht intact, macroscopisch wenigstens. Dagegen fand sich ausser den Zeichen einer allgemeinen serös-plastischen Peritonitis in der Ileocœcalgegend eine Dünndarmschlinge, welche, oberflächlich liegend und mit andern Dünndarmschlingen durch plastisches Exsudat verklebt, ein rundliches, circa Fünfcentimesstück grosses Loch mit gewulsteten Rändern präsentirte, in welches man leicht mit dem kleinen Finger eingehen konnte. Diese Dünndarmschlinge hatte sich offenbar, sei es in vivo, sei es bei den Manipulationen mit dem Cadaver, etwas dislocirt. Das Becken war voll einer schmierigen, stinkenden Flüssigkeit, welche aus Exsudat, Darminhalt und Blut bestehen mochte.

Wie ist das Loch im Darm zu Stande gekommen? Ist in der durch den Anprall des Steines zunächst getroffenen Dünndarmschlinge ein Contusionsherd entstanden, welcher necrotisch wurde, oder war es von Anfang an eine rissförmige Darmruptur? Aus dem Aussehen des Darmloches liess sich die Frage nicht beantworten. Dagegen sprechen das rasche Auftreten einer ausgebreiteten Peritonitis, das Fehlen einer circumscripten Peritonitis, beziehungsweise das Fehlen einer Verlöthung der getroffenen Darmstelle mit dem Peritoneum parietale und der Bauchwand oder mit einem intraabdominellen Organe für Ruptur.

Unser Fall würde also zu den seltenen Fällen einer rissförmigen Dünndarmruptur, erzeugt durch stumpfe Gewalt von aussen ohne Læsion der Bauchdecken gehören. Die Casuistik ist mir leider nicht zur Hand. Es scheint aber, dass die Mehrzahl der Dünndarmrupturen totale, circuläre Rupturen waren.

Die Frage, ob eine Laparotomie zur Aufsuchung der verletzten Dünndarmschlinge, Anlegung der Darmnaht u. s. w. im Anfang angezeigt gewesen wäre, ist mit Nein zu beantworten, da eben das Auftreten der Peritonitis das erste sichere Zeichen war, dass eine innere Verletzung stattgefunden hatte, und da man dann von einer Laparotomie wohl Abstand nehmen musste.

Berg (Thurgau), Juli 1882. *Etter.*

Wochenbericht.

Schweiz.

— Das **eidgenössische Seuchengesetz** ist durch die Volksabstimmung vom 30. Juli verworfen worden und zwar mit 253,968 gegen 67,820 Stimmen. Das ablehnende Resultat war vorauszusehen, nachdem die maasslose Agitation gegen das Impfen keine Mittel gescheut hatte, um zum Ziele zu gelangen. Wir dürfen hiebei nicht übersehen, dass doch wohl einem ganz wesentlichen Theile der „Nein“ rein politische und sociale Motive zu Grunde lagen. Immerhin hätte Niemand diese hohe Summe der verwerfenden Stimmen erwartet. Die Einzelheiten finden sich in der vortrefflichen cant. Corresp. (S. 559) über denselben Gegenstand.

Die sog. „Volksfreunde“, die unter der fälschlich aufgehissten Flagge des allgemeinen Wohles segelnden Egoisten, können sich triumphirend beglückwünschen — der Sieg ist ihnen gelungen; $^4/_5$ der stimmfähigen Schweizerbürger haben ihnen entgegengejauchzt, als sie, den opferbereiten Stand der Aerzte frech verhöhnend, deren Wunsch nach Aufrechterhalten des Impfzwanges mit der trivialen Motivirung schnöder Gewinnsucht begründeten; sie haben ihnen geglaubt, dass die Blatternepidemien nur die Folge der Impfung, und dass schliesslich jegliche Dyscrasie, die Zunahme der Scrophulose, die Kindersterblichkeit überhaupt, nur dem Gift der Vaccine ihren Ursprung verdanke.

Die Zwangsimpfung, um deren Einführung andere Länder uns beneidet, wird unter dem Drucke der öffentlichen Meinung successive aus allen Cantonen (vielleicht mit Ausnahme Neuenburgs) schwinden, und wir können uns rüsten, jene Pockenepidemien wieder behandeln zu dürfen, von deren Heftigkeit und Bösartigkeit die jetzige Generation von Aerzten, Dank der Vaccination, nur aus der reichhaltigen Literatur genaue Kenntniss hat.

Nicht ohne Bitterkeit und mit vollster Berechtigung fragen wir im Hinblick auf die Abstimmung: Ist das das Zutrauen, welches das Volk Denen schenkt, die jahraus jahrein aufopfernd und unermüdlich an dessen Gesunderhaltung arbeiten, das die Anerkennung

für Alles, was die Aerzte im Laufe der letzten Jahre im Gebiete der Hygieine geleistet haben?

Wir werden nach wie vor unsere Pflicht thun, auch dann, wenn der Tag kommt, an dem das Volk einsehen muss, dass es irre geleitet worden von Denen, die heute als Sieger die Wahlstatt verlassen haben.

Wir machen uns eine angenehme Pflicht daraus, jenen Collegen zu danken und unsere Anerkennung auszusprechen, die mannhaft und tapfer zu ihrer Fahne gestanden sind, die, ohne Rücksicht auf all' die Unannehmlichkeiten einer allfälligen Niederlage, auf das „Væ victis", unentwegt die gerechte Sache hochgehalten haben. So liegen vor uns die Aufrufe der Aerztecommission, der Aerzte der Cantone Solothurn, Schaffhausen, Graubünden, Bern, Zug, Zürich, St. Gallen, Luzern, Waadt, Genf, Freiburg, Neuenburg — überall stehen die Collegen mit Namensunterschrift zu ihrer Sache. Gewiss sind uns die Kundgebungen einzelner anderer Cantone nur nicht zur Kenntniss gelangt. Wenn diese Aerzte mit geschlagen worden sind, so haben sie doch wenigstens dem Feinde die Brust, das muthige und freie Auge gezeigt.

Das hilft über einzelnen Wust weg, den eine solche Agitation ja auch an die Oberfläche wirft: wir verweisen auf den Brief des Herrn Dr. *Muret* in Vevey (Gazette de Lausanne vom 25. Juli). In gehässigster Weise spuckt Herr Dr. *M.* gegen die Eidgenossenschaft, gegen „MM. Schenk et consorts". Wenn das Gesetz zur Annahme käme, „dann habt Sorge zu euerer Familie! Man nimmt euch die Eurigen weg, um sie in die Localitäten zu transportiren, welche von den protégés de Berne geleitet werden; man wird euch euern Arzt bestimmen, welcher, ebenfalls von Bern kommend, euch nicht kennen wird." Beim Impfen, das er bekämpft, versteigt sich Herr *M.* zu der Unwahrheit: „man schlägt uns die Impfung durch die Lymphe eidgenössischer Kälber vor." Herr *Muret!* Heben Sie das besorgte Haupt! Sie haben kein eidgenössisches Kalb mehr nöthig — zum Impfen.

Vorüber! Wir wollen Gewehr beim Fuss der Zukunft entgegensehen und es erheben, sobald die Frage des revidirten Seuchengesetzes an uns herantritt. Endlich wird auch das Volk einsehen, dass ihm die Fragen der Hygieine nützlicher sind, als der politisch-religiöse Zank und die ärztlichen Berather wohlmeinender, opferwilliger und opferfähiger als die Hetzer und Streber aller Art.

— Am **Truppenzusammenzug** der VI. Division nehmen Theil als Divisionsarzt Oberstlieutenant *G. Welti*, Adjudant Hauptmann *Alb. Schäffer* und das Feldlazareth Nr. 6. Commandant: Major *Kreis*, Amb. Nr. 30: Chefarzt: Hptm. *Hess*. Amb. Nr. 28: Chefarzt: Hptm. *v. Wyss*. Amb. Nr. 29: Chefarzt: Hptm. *v. Murall*. Amb. Nr. 27: Chefarzt: Hptm. *Ziegler*.

Genf. IV. internationaler Congress über Hygieine und Demographie, abgehalten in Genf vom 4.—9. September a. c. Das Comité des Congresses (Dr. *H. Cl. Lombard*, Präsident, Prof. Dr. *J. L. Prevost*, Vicepräsident, Prof. Dr. *P. L. Dunant*, Generalsecretär, an den alle Anfragen zu richten sind, Prof. Dr. *A. D'Espine* und Dr. *G. Haltenhoff*, Secretäre, Dr. *V. Gautier*, Dr. *Juillard* sen., Prof. Dr. *Monnier*, Dr. *E. Rapin*, Mitglieder) versendet soeben das Programm. Zur Orientirung entnehmen wir demselben Folgendes: Die Eisenbahngesellschaften in der Schweiz, Frankreich und Oberitalien gewähren den Herren Congressmitgliedern eine Ermässigung der Fahrtaxe, unter Bedingungen, die je nach den Linien verschieden sind. Um die zu diesen Ermässigungen berechtigenden Ausweise vorbereiten und den Herren Mitgliedern rechtzeitig übersenden zu können, werden dieselben aufgefordert, sofort oder spätestens vor dem 31. August ihren statutenmässigen Beitrag von Fr. 20 mit ihrer Beitrittserklärung (Namen, Vornamen, Titel, vollständige und genaue Adresse) dem Unterzeichneten zu schicken, wofür Quittung per Correspondenzkarte erstattet wird. Der Generalsecretär: Prof. Dr. *P. L. Dunant*, 4 rue du Puits St. Pierre.

Auszug aus den Statuten: Art. 1. Der IV. internationale Congress für Hygieine, inbegriffen einer Section für Demographie, wird vom 4.—9. September 1882 in Genf unter dem Protectorat des h. schweizerischen Bundesraths, sowie der Behörden des Cantons und der Stadt Genf stattfinden.

Art. 2. Zweck des Congresses ist die Vereinigung der Gelehrten aller Länder zu gemeinsamer Besprechung der auf die Fortschritte der Hygieine und die Interessen der öffentlichen Gesundheit bezüglichen Fragen.

Die h. Regierungen, die städtischen und andern öffentlichen Verwaltungsbehörden, die Universitäten, Academien und gelehrten Vereine, sowie die Gesundheitsämter und Medicinalcollegien werden hiemit aufgefordert, an diesem Congresse theilzunehmen und Delegirte auf denselben zu schicken.

Art. 3. Mitglieder des Congresses werden alle Aerzte, Hygieiniker, Statistiker, Apotheker, Chemiker, Physiker, Meteorologiker, Ingenieure, Architecten, Pädagogen, Thierärzte, Mitglieder von Gesundheitsämtern etc. des In- und Auslandes, welche sich zur Theilnahme melden und den Beitrag von 20 Franken (16 Reichsmark) entrichten. Dieser Beitrag berechtigt unter Anderem zum Empfang eines Exemplars der Congressverhandlungen.

Während des Congresses findet die Einschreibung und Kartenvertheilung an die Mitglieder statt: den 3. September von 12—5 Uhr, den 4. September von 9—12 Uhr, die folgenden Tage von 8—9 Uhr, im Sitzungslocale des Congresses (Universitätsgebäude).

Art. 14. Obwohl die französische Sprache für die Leitung der Verhandlungen als Regel gilt, sind doch die Mitglieder berechtigt, sich in anderen Culturspachen auszudrücken. In diesem Fall wird, auf Verlangen, der Sinn ihrer Rede von einem der Anwesenden kurz wiedergegeben werden.

Die Herren Congressmitglieder, welche ihre Wohnung im Voraus bestellen wollen, mögen sich gefälligst vor dem 28. August an Herrn Dr. *Long*, rue Général Dufour, wenden, mit Angabe der Hôtelclasse, wo sie abzusteigen wünschen und der beabsichtigten Dauer ihres Aufenthalts.

Die Herren Mitglieder lösen persönlich ihre Carte im Secretariat des Congresses (Universitätsgebäude), wo sie zugleich die Sectionen wählen, denen sie anzugehören wünschen (s. Seite 2, Art. 3 der Statuten).

Die Herren Congressmitglieder können ebendaselbst ihre Correspondenzen in einem eigenen Locale besorgen, und ihre Briefe, Zeitungen, mit der Adresse: Hygieinischer Congress, Genf, abholen.

Donnerstag, der 7. September, wird einem Ausflug auf dem Genfersee gewidmet, mit Besuch des Schlosses Chillon und der Bäder von Evian. Im Falle schlechten Wetters findet der Ausflug am Freitag statt und entfällt dessen Tagesordnung auf den Donnerstag.

Wie man sieht, bietet der Congress des Interessanten eine reiche Fülle. Im „Programm“ haben die meisten Vortragenden die Quintessenz ihrer Vorträge in kurze Aphorismen zusammengefasst, die schon an und für sich sehr lesenswerth sind.

Dem glücklichen Gedeihen des Congresses unsere besten Wünsche!

Allgemeine Sitzungen Montag, 4. September (um 2 Uhr) Eröffnung des Congresses. Anreden des Präsidenten und verschiedener Delegirter. Bericht des Herrn Dr. *Fauvel*, Generalinspector des Sanitätsdienstes für Frankreich, Präsident der am 3. internationalen hygieinischen Congresse ernannten Commission über Feststellung des Programms der Preisaufgabe des Provinzialraths in Turin (Preis von 2500 Fr.) zur Belohnung des besten Werkes über Hygieine der Landbevölkerung.

Dienstag, 5. Sept. Ueber Schwächung der Ansteckungsstoffe. — Vortrag des Herrn *Pasteur*, Mitglied der Academie der Wissenschaften in Paris. Mittwoch. I. Frage. Ueber die Ansteckungsfähigkeit der Lungenschwindsucht vom Standpunct der Geschichte und der öffentlichen Gesundheitspflege. Dr. *Corradi*, Prof. in Pavia. II. Frage. Thesen über Feriencolonien, aufgestellt von Dr. *G. Varrentrapp*, Sanitätsrath in Frankfurt a. M. Freitag. Ueber die hygieinischen, physiologischen und therapeutischen Einflüsse des Höhenclimas. Dr. *H. Cl. Lombard* in Genf. Zur Discussion angemeldet: Dr. *Paul Bert* in Paris, Prof. an der Faculté des Sciences; Dr. *W. Marcet*, Mitglied der königl. Gesellschaft in London; Dr. *R. Meyer-Hüni*, Priv.-Doc. an der Universität Zürich. Sonnabend. Schlusssitzung. Von den practischen Mitteln zur Verhütung der Blindheit. Dr. *Haltenhoff*, Privat-Docent für Augenheilkunde in Genf. Sectionssitzungen. Erste Section. Allgemeine, internationale und öffentliche Hygieine. Provisorischer Vorstand. Präsident: Prof. Dr. *Revilliod*. Vicepräsidenten: Dr. *Barde*, Dr. *Roulet* (Neuenburg), Dr. *Vincent*. Schriftführer: Dr. *Götz*, Dr. *Ferrière*. I. Aetiologie und Prophylaxis des Abdominaltyphus. Dr. *Jules Arnould*, Militärarzt erster Classe, Professor der Hygieine an der medic. Facultät in Lille. Zur Discussion angemeldet: Dr. *de Cérenville*, Oberarzt des Cantonsspitals in Lausanne. II. Ueber den Alcoholismus. Dr. *A. L. Roulet*, Reg.-Rath in Neuenburg. Zur Discussion angemeldet:

Dr. *Challand*, dirigirender Arzt der cant. Irrenanstalt Céry bei Lausanne. III. Der Einfluss des Mecca-Pilgerzugs auf die Verbreitung der Cholera in Europa und im Besonderen die Cholera-Epidemie von 1881. Dr. *A. Proust* in Paris, Mitglied der Académie de médecine und des öffentlichen Gesundheits-Collegiums von Frankreich. IV. Ueber die Mucorinen. Dr. *Lichtheim*, Prof. der innern Medicin an der Universität Bern. V. Ueber das gelbe Fieber in seinen Beziehungen zur internationalen Hygieine. Dr. *Layet*, Prof. der Hygieine an der med. Facultät in Bordeaux. Zur Discussion angemeldet: Dr. *Formento*, Delegirter des Gesundheitsraths des Staates Louisiana, in Neu-Orleans; Dr. *Bourru*, Prof. der Hygieine an der marineärztlichen Schule in Rochefort. VI. Von der internationalen Prophylaxis. Dr. *da Silva Amado*, Professor der Hygieine an der Universität Lissabon. VII. Prophylaxis der Pellagra. Dr. *J. Felix*, Prof. der Hygieine an der Universität Bucharest. VIII. Die Grundsätze der Gesundheitsverwaltung in England. Dr. *Acland*, Prof. an der Universität Oxford. Zur Discussion angemeldet: Dr. *Edwin Chadwick*, emerit. Vorstand des Gesundheitsraths von London. Die italienische Gesellschaft für Hygieine wird eine Sammlung von Documenten über die Sanitätseinrichtungen des Königreichs Italien vorlegen. IX. Verwaltung der öffentlichen Gesundheit in den verschiedenen Staaten. Einrichtung, Personal, Ausgaben, vorbereitende Studien, Specialämter. Herrn *A. J. Martin*, 2. Generalsecretär der Société de médecine publique in Paris. X. Ueber den wöchentlichen Ruhetag vom Standpunct der Gesundheitspflege. Dr. *Hägler* in Basel. Zweite Section. Oeffentliche Hygieine, Militärhygieine, Spitalhygieine. I. Desinficirung der Krankenzimmer nach ansteckenden Krankheiten. Dr. *Vallin*, Prof. der Hygieine am Val de Grâce, Redactor der Revue d'hygiène. Zur Discussion angemeldet: Dr. *V. Fatio* in Genf. II. Ueber persönliche Desinficirung. Dr. *Sonderegger* in St. Gallen, Vicepräsident der eidg. Sanitätscommission. III. Ueber Leichenverbrennung. Dr. *G. Pini* in Mailand, Berichterstatter der vom 3. internationalen Congress für Hygieine ernannten Commission. IV. Von der Wahl des Bodens für Begräbnissplätze. Dr. *Gosse*, Prof. der gerichtlichen Medicin an der Universität Genf. V. Medicinisch-statistische Studien über die Sterblichkeit in den Armeen. Dr. *G. Sormani*, Prof. der Hygieine an der Universität Pavia. VI. Die Folgen der fehlerhaften Fussbekleidung und ihre Bekämpfung. Oberst Dr. *Ziegler* in Bern, Oberfeldarzt der Armee. Zur Discussion angemeldet: Dr. *J. Reverdin*, Prof. an der Universität Genf. VII. Die See-Sanatoria für scrophulöse und rachitische Kinder. Dr. *Armaingaud*, Prof. an der med. Facultät in Bordeaux. Zur Discussion angemeldet: Dr. *G. Pini*, Arzt der Anstalt für Rachitische in Mailand, Dr. *D'Espine*, Prof. der Pathologie an der Universität Genf. VIII. Ueber Spitalbaracken. Dr. *G. Julliard*, Prof. der chirurgischen Klinik an der Universität Genf. IX. Ueber Infectionen im Spital und zumal in Kinderspitälern. Dr. *Oscar Wyss*, Prof. der Hygieine an der Universität Zürich. X. Prophylaxis der Diphtheritis. Dr. *H. Henrot*, Prof. in Reims. XI. Ueber Krankenwärterschulen. Dr. *Bourneville* in Paris, Redactor des Progrès médical, Arzt am Hospice de Bicêtre. Dritte Section. Beziehungen der Gesundheitspflege zur Physik, Chemie, Baukundeund Ingenieurwissenschaft. Hygieine der Berufsarten und Gewerbe. I. Jauchebehälter und Abführungscanäle. *A. Durand-Claye*, Oberingenieur des Strassen- und Brückenbaus, Prof. an der Ecole des Ponts et Chaussées und der Ecole des Beaux-Arts in Paris. Zur Discussion angemeldet: Dr. *J. Teissier*, ausserordentlicher Professor an der med. Facultät in Lyon; Dr. *Th. Moore* in Columbia (Ver. Staaten). II. Von den einfachen, gesunden und wohlfeilen Heizungs- und Lufterneuerungsmitteln für Arbeiterwohnungen. Herr *Lasius*, Prof. der Architectur am eidg. Polytechnicum. III. Ueber einige Puncte der Hygieine der Privatwohnungen. Herr *H. Bourrit* (Genf), gewes. Prof. der Architectur an der Academie in Lausanne. IV. Von den Vergiftungen durch tägliches Einführen kleiner Mengen toxischer Stoffe. Dr. *Brouardel*, Prof. der gerichtlichen Medicin an der med. Facultät in Paris, Mitglied des Gesundheitsraths von Frankreich. V. Aetiologie und Prophylaxis der Bleivergiftung. Dr. *Armand Gautier*, Director der chemischen Arbeiten an der med. Facultät in Bordeaux. VI. Zur Trinkwasserfrage: A. Einfluss der natürlichen Filter auf die Trinkwässer. Dr. *Rollet*, Prof. der Hygieine an der med. Facultät in Lyon. B. Mittheilung der internationalen Gesellschaft für Trinkwasser. Herr Präs. *Jäger* in Amsterdam. VII. Ueber die Fäulniss der thierischen Stoffe und die Producte derselben. Dr. *Armand Gautier* in Paris. VIII. Die Vor- und Nachtheile der Permeabilität der Wände der Wohnungen. Prof. *Emil Trélat*, Architect. IX. Die meteorologischen Untersuchungen und die Hygieine. Prof. *Pagliani* in Turin.

Vierte Section. Hygieine des Kindesalters. Privathygieine. Veterinärhygieine. I. Vom Einfluss der Schulprogramme auf die Gesundheit der Kinder. Dr. *H. Kuborn*, Prof. der Physiologie und Hygieine an der Staats-Normalschule in Lüttich, Präsident der königl. Gesellschaft für öffentliche Medicin in Belgien. II. Ueber die Nothwendigkeit der Ernennung von Schulärzten in allen Ländern und über ihre Obliegenheiten. Dr. *Hermann Cohn*, Prof. der Augenheilkunde an der Universität Breslau. III. Ueber die Behandlung der parasitären Hautkrankheiten als Ergänzung der ärztlichen Schulinspection. Dr. *J. Gibert* in Havre. IV. Ueber gewisse Ursachen, welche die Erziehung der Kinder erschweren. Dr. *J. von Sikorsky*, Privatdocent für Psychiatrie in St. Petersburg. V. Bemerkungen über Schulhygieine. A. Schulen des Cantons Bern. Dr. *Pflüger*, Prof. der Augenheilkunde an der Universität Bern. B. Schulen der Stadt Lausanne. Dr. *Joel*, Arzt des Kinderspitals in Lausanne. VI. Ueber die Körperverkrümmungen während der Schulzeit. Dr. *Dally* in Paris, Prof. an der Ecole d'anthropologie, Mitglied der Commission für Schulhygieine. VII. Internationale Verhütung der Hundswuth. Dr. *G. van Overbeck de Meyer*, Prof. der Hygieine und der gerichtlichen Medicin an der Universität Utrecht. VIII. Aetiologie des Rotzes. Herr *Galtier*, Prof. der Sanitätspolizei an der Veterinärschule in Lyon. IX. Ueber Kuhmilch als Ersatz der Frauenmilch. Dr. *Albrecht* in Neuenburg, Privatdocent an der Universität Bern. Fünfte Section. Demographie und Medicinalstatistik. I. Wesen und Grenzen der Demographie. Herr *Körösi*, Director des städtischen statistischen Bureaus in Buda-Pest. II. Programm für Vorlesungen über Demographie. Dr. *Bertillon*, Prof. an der Ecole d'anthropologie und Chef der städtischen Statistik in Paris. III. Bestimmung der Zeiteinheiten, die bei demographischen Arbeiten zu Grunde zu legen sind. Herr *Kinkelin*, Prof. an der Universität Basel, Präsident der schweiz. statistischen Gesellschaft. IV. Project eines internationalen demographischen Jahrbuches. Dr. *Chervin*, Director der Annales de Démographie in Paris. V. Statistik der Auswanderung. Herr *Bodio*, Director des königl. ital. statistischen Bureaus in Rom. VI. Die ärztliche Bescheinigung der Todesursachen; Mittel und Wege zur Erreichung möglichster Vollständigkeit und Genauigkeit derselben. Dr. *Lotz* in Basel, Mitglied der eidg. Sanitätscommission. VII. Ueber die Erstellung eines internationalen, einheitlichen sanitäts-statistischen Bulletins. Herr Dr. *Janssens*, Inspector des städtischen Sanitätswesens in Brüssel, Director des Bulletin de statistique sanitaire comparée. VIII. Die Mortalität in der Schweiz. A. Allgemeine schweizerische Mortalitätstabelle. B. Die Sterblichkeit nach den Berufsarten. Herr *Kummer*, Director des eidg. statistischen Bureaus in Bern. IX. Die Kindersterblichkeit. Herr *Durrer*, Revisor am eidg. statistischen Bureau in Bern. X. Einfluss der Lebensmittelpreise auf die Bewegung der Bevölkerung. Herr *Huber*, Chef des cantonalen statistischen Bureaus in Zürich, und Herr *Mühlemann*, Director des cantonalen statistischen Bureaus in Bern. XI. Einheitliche Feststellung der Volkszählungsresultate. Herr *Körösi*, Director des städtischen statistischen Bureaus in Buda-Pest. XII. Ueber die unehelichen Geburten in der Schweiz. Herr Dr. *Ladame*, Director des cantonalen Waisenhauses in Dombresson (Neuenburg).

— Das **Europäische Wanderbild** „Von Frohburg bis Waldenburg“ (32 Seiten mit 18 Illustrationen und 1 Karte, Preis 50 Cts.) verdient auch bei uns eine lobende Erwähnung, da in hübscher Weise vier sehr wichtige und mit Recht gut besuchte Curorte des Jura (Frohburg, Fridau, Langenbruck mit Kilchzimmer) das Hauptobject der Schilderung bilden. Wir haben das von den Herren Tanner und Zingg verfasste Büchlein mit Interesse und Vergnügen gelesen.

— Der **schweizerische Apothekerverein** versammelt sich am 31. August und 1. September in Lausanne.

In **St. Gallen** starb der sehr beliebte und hochgeachtete Apotheker *G. A. Scheitlin*.

Ausland.

— Der **„Pensionsverein für Wittwen und Waisen bayrischer Aerzte“** hat laut seinem letzten Rechenschaftsbericht einen Pensionsfond von 801,098 Mark und einen Stockfond von 247,972 Mark. Er bezahlte im letzten Jahre an Wittwen und Waisen 51,791 Mark. Das ist für uns Schweizer ein leuchtendes Beispiel. Macht's nach.

In Berlin beschloss die erste „ordentliche Delegirtenversammlung der Centralhülfscasse für die Aerzte Deutschlands“ die Gründung einer als Specialfond zu verwaltenden

„Wittwen- und Waisencasse für Aerzte". Was dort gelingt, sollten wir auch zu Stande bringen!

Amerika verlor die ausgezeichneten Chirurgen Prof. *Wood* in New-York und Prof. *Hadgen* in St. Louis.

Deutschland. Prof. *Nothnagel* (Jena) kommt nach Wien an die Stelle *Ducheck*'s. Dr. *Paul Bruns* in Tübingen wird an der Stelle seines verstorbenen Vaters zum Professor ernannt.

Als Nachfolger *Langenbeck*'s, welcher Berlin verlässt, kommt, nach Absage von *Billroth* und *Volkmann*, Prof. *v. Bergmann* aus Würzburg nach Berlin. Mit ihm hatte die Facultät in gleicher Linie die Proff. *König* in Göttingen und *Czerny* in Heidelberg vorgeschlagen.

Prof. Dr. *Hildebrandt* in Königsberg i. Pr. erlag einem apoplectischen Insulte.

In Ragaz starb der Generalstabsarzt a. D. Hofrath Dr. *Ludwig v. Feder*, ein um das Sanitätswesen der bayrischen Armee hochverdienter und allgemein geachteter Mann.

— **Jodoform.** (Schluss.) Obschon die erwähnten zahlreichen Unglücksfälle das Jodoform nahezu um seinen Credit gebracht haben, fehlt es immer noch nicht an vereinzelten Stimmen, welche unter mancherlei Einschränkungen, in Anerkennung der von vielen Seiten zugegebenen guten Wirkungen, dem Mittel seinen schnell eroberten Platz in der Reihe der chirurgischen Arzneimittel wahren wollen. Alle gehen darin einig, dass das Jodoform stets nur mit grosser Vorsicht, in sehr geringen Mengen, bei ängstlicher Individualisirung der Fälle und nur bei Befolgung aller übrigen Vorschriften des antiseptischen Verfahrens dürfe angewendet werden.

Görges (Centralbl. f. Chir. Nr. 10) empfiehlt für frische, kleine, durch die Naht nach vorheriger Desinfection geschlossene Wunden die Bepinselung mit einer 10procentigen Jodoformcollodiumlösung. Auch die Tracheotomirenden behandelte er auf diese Weise, mit dem Erfolge, dass unter 22 Fällen niemals die sonst so häufige Wunddiphtherie sich zeigte.

Czerny (Wiener med. Wochenschr. Nr. 6 und 7), welcher das Jodoform schon vor vielen Jahren versucht, aber bald wieder verlassen hat, sah eine letale Intoxication schon nach Anwendung von nur 6 grmm. (Amput. mammæ). Er hält das J. für ein unsicheres, gering wirkendes, aber doch nicht ganz zu verwerfendes Mittel, welches hoffentlich bald durch ein anderes pulverförmiges Antisepticum, Salicyl oder Naphthalin ersetzt werde. Die Vergiftungsgefahr hängt namentlich ab von dem Zustande der Wunde — frische Wunden resorbiren mehr und rascher als von speckigen Schwarten umgebene Höhlen — vom Verhalten des Circulationsapparates, der Nieren und des Gehirnes. Die beobachteten Gehirnerscheinungen sind nach *C.* nicht durch die Jodwirkung zu erklären.

Leisrink (zur Wundbehandlung mit der Jodoformgaze, Berl. klin. W. Nr. 16) kommt übereinstimmend mit *König* zu folgenden Grundsätzen der Jodoformbehandlung:

1) In Wunden, welche durch die Naht zu schliessen sind, darf kein Jodoform gebracht werden. So geschlossene Wunden werden mit einer 6 – 8fachen Schicht Jodoformgaze bedeckt, über welche ein Compressivverband aus Watte, Guttaperchapapier und feuchter Mullbinde kommt. Dieser Verband hat *L.* ganz dasselbe geleistet, was der complicirte *Lister*-Verband. Namentlich empfehle sich diese Methode für die Kriegspraxis, um es möglich zu machen, Verwundete mit dem ersten Verbande mehrere Tage lang zu transportiren.

2) Bei frischen, nicht tuberculösen, aber für die Naht ungeeigneten Wunden wird nur Jodoformgaze nebst dem Compressivverband aufgelegt. Die Secretion ist viel geringer, die Granulationsbildung viel rascher und kräftiger als unter dem *Lister*-Verband.

3) Bei tuberculösen Knochen- und Weichtheilwunden wird nur das erste Mal, nach der Operation, eine ganz geringe Menge Jodoformpulver in die Wunde eingerieben, diese dann entweder genäht oder offen gelassen und mit der Jodoformgaze verbunden. Beim Verbandwechsel wird nur letztere erneuert.

4) Bei grösseren Höhlenwunden darf gar kein Jodoformpulver eingerieben, sondern nur Jodoformgaze eingelegt werden.

Alle andern Cautelen, namentlich das Auswaschen der Wunde nach der Operation mit 5procentiger Carbollösung, dürfen nicht unterlassen werden. — *L.* hat bei Schwangeren und bei zwei Geisteskranken Operationswunden jodoformirt, ohne üble Folgen zu sehen und wehrt sich überhaupt energisch für das vielgeschmähte Mittel, gestützt auf

eine Reihe sehr schöner Operationsresultate unter Anwendung der angegebenen Jodoformgazebehandlung.

Mundy (Das Jodoform als erster Verband im Kriege — Berl. klin. W. Nr. 14). Nach *M.* ist es um den ersten Verband im Felde noch immer bös bestellt; denn wie die Erfahrungen des bosnischen Feldzuges gezeigt haben, wird mit der Verwendung zu concentrirter Carbollösungen oder gar der reinen Säure noch derselbe Unfug getrieben wie früher mit dem Liquor ferri. Und doch kommt im Felde besonders Alles darauf an, die frische Wunde vor Insulten wie vor Sepsis zu bewahren — „principibus obsta" — wie der k. k. Generalstabsarzt so schön sagt.

Bis jetzt gab es für die Feldchirurgie keine sichere und allgemein ausführbare antiseptische Behandlungsweise. Die versuchten Verbandmethoden waren entweder zu umständlich oder die verwendeten Antiseptica zu unbeständig, zu flüchtig. Ein leicht zu handhabendes, dauernd wirkendes, nicht nur für die Oberfläche, sondern auch für die Tiefe der Wunde berechnetes, daher lange ohne Wechsel liegen bleibendes und nicht reizendes Antisepticum sieht *M.* nun in dem Jodoform und erwartet davon ebenso wie Prof. *Nussbaum* die glänzendsten Resultate für die Feldpraxis, welcher das J. „wie die ersten Strahlen einer neu aufgehenden Sonne entgegenleuchtet."

Gegenüber den bekannten Vergiftungen verhält sich *M.* sehr skeptisch und glaubt, dass sie den Feldchirurgen nicht zu erschrecken brauchen, da eben Schusswunden nur sehr wenig J. bedürfen und die Patienten in der Regel jung und kräftig sind. Er wünscht daher, dass jedem Soldaten ein Verbandpäckchen mitgegeben werde, enthaltend Jodoformpulver und Jodoformstäbchen, Wattebausch und Dreiecktuch. Die Sanitätstruppe wie die Aerzte wären ausserdem noch mit der Jodoformstreubüchse und einem grössern Quantum Stäbchen auszurüsten.

Ob dieser Vorschlag bei den sich mehrenden abfälligen Aeusserungen der berufensten Autoritäten und dem theuren Preise des Jodoforms je zur Ausführung kommen werde, ist sehr zu bezweifeln.

Auch die innere Medicin freut sich der Segnungen des Jodoforms. *Moleschott* (Jodoform gegen Diabetes mellitus — Wiener medic. Wochenschr. Nr. 17, 18, 19) empfiehlt dasselbe warm zur Behandlung des Diabetes mellitus. In 5 Fällen brachten Dosen von 0,1—0,4 pro die in kurzer Zeit die Zuckerausscheidung ganz oder wenigstens bis auf Spuren zum Verschwinden. Heilung trat allerdings nur in einem Falle ein; in den andern Fällen stellte sich nach dem Aussetzen des Mittels der Zucker bald wieder ein, doch nicht immer in dem Maasse, wie vor der Behandlung, selbst nicht bei gewöhnlicher Kost. Die Harnruhr wurde nicht in dem Grade beeinflusst, wie die Zuckerausscheidung.

Als beste Verordnungsweise auch bei sehr empfindlichen Personen erwies sich folgende Vorschrift:

Rp.	Jodoform.	1,0
	Extr. Lactuc. sativ.	1,0
	Cumarin.	0,1

M. f. l. a. pil. Nr. 20. C. Gumm. arab. D. S. 2—8 Pillen täglich (0,1—0,4 Jodoform).

Dr. *A. W. Münch.*

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 26. Juli bis 10. August 1882.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Von Varicellen und Rötheln sind vereinzelte Fälle angemeldet. — Scharlachfälle sind 23 angezeigt (46, 28, 15), wovon 15 aus Kleinbasel (31, 21, 10). — Von Typhus sind 15 Erkrankungen angezeigt, wovon je 6 im Birsigthale und in Kleinbasel (8, 8, 7). — Diphtherie und Croup 5 neue Fälle (19, 15, 4), wovon 3 in Kleinbasel. — Erysipelas 2 Fälle (11, 3, 2). — Pertussis kommt wieder häufiger vor; angemeldet sind 8 Fälle, wovon je 4 in Gross- und in Kleinbasel. — Puerperalfieber 1 Erkrankung in Kleinbasel.

Briefkasten.

Herrn Dr. *Etter* in Berg: Sehr erwünscht. Solche exacte Beobachtungen aus der Praxis sind immer interessant und willkommen. — Herrn Dr. *Hemmann*, Schinznach: Wir nehmen mit Vergnügen davon Notiz, dass Sie nie principieller Gegner des projectirten Gesetzes über die Lebensmittel etc. waren, sondern nur eine andere Fassung wünschten. — Dr. *H. Dietrich* wohnt nun Sedgwick 321, Chicago.

Waadt. — **AIGLE** — Schweiz.

GRAND HOTEL DES BAINS.

In reizender Lage am Fusse der Waadtländer-Alpen. Grossartige hydro- und electrotherapeutische Anstalt unter Leitung eines fachkundigen Arztes. Specialdouchen, Salz- und Soolbäder. Traubenkur. Angenehmer Sommeraufenthalt in dem mit neuestem Comfort ausgestatteten Hôtel. Gut besorgte Küche. Schattiger Park, Concerte. Telegraph. Omnibus am Bahnhof. Mässige Preise.

Verwalter: ***E. Mesmer.*** Curarzt: ***Dr. Ls. Verrey.***

Gurnigel-Bad

Eröffnung den 11. Juni.

Badearzt: Herr **Dr. Verdat.**

Postabfahrten von Bern: 7 Uhr Morgens. 2½ „ Nachmittags.

Errichtung eines eigenen Kurtisches mit Restauration ohne Table d'hôte, unter strenger Berücksichtigung der ärztlich diätetischen Vorschriften.

J. Hauser.

K. k. conc.

Halleiner Mutterlaugen-Salz

zu

natürlichen

Soolen- und Mutterlaugen-Bädern

im Hause.

Hervorragendste Indicationen:

Frauenkrankheiten hauptsächlich der Sexualorgane und des Unterleibes;

Kinderleiden, insbesonders Scrophulose und Rachitis.

Mein Halleiner Mutterlaugensalz ist in allen renommirten Apotheken und Mineralwasser-Geschäften der Schweiz (Haupt-depot: C. F. Hausmann, Apotheke zu St. Gallen) per Kilo zu 2 Francs zu beziehen. Brochüre mit Analyse etc. gratis und franco vom Fabrikanten

Dr. Sedlitzky, k. k. Hofapotheker in Salzburg.

Der Gebrauch des Halleiner Mutterlaugensalzes hat dieselben guten Erfolge wie Kreuznacher- und andere Soolenbäder erzielt.

Hofrath v. **Braun-Fernwald.**

In vielen Fällen bei chronischen Krankheiten der Frauen, so beispielsweise bei alten Exsudaten im Becken, chronischer Gebärmutter-Entzündung habe ich das Halleiner Mutterlaugensalz mit Vortheil angewendet.

Prof. **Gustav Braun.**

Ich habe seit drei Jahren vielfach das von Herrn Hofapotheker Dr. W. Sedlitzky in Salzburg dargestellte und in den Handel gebrachte Halleiner Mutterlaugensalz sowohl als solches, wie auch in Mischung mit Kochsalz (als Soolenbad) bei chronischen Entzündungen der Unterleibsorgane mit gutem Erfolge verwendet.

Prof. Dr. **R. Chrobak.**

Das Halleiner Mutterlaugen-Salz hat mir in verschiedenen, zahlreichen Fällen von Frauenkrankheiten so vortreffliche Dienste gethan, dass ich dasselbe auf's Beste empfehlen kann.

Professor Dr. **C. Freiherr v. Rokitansky,**

Director des Maria Theresia Frauen-Hospitals in Wien.

Ferner empfehle ich und ist überall wie oben zu haben

Bestes Fichtennadelöhl z. Inhalat: etz.
1 Dos: 60 X ö. w.
„ „ „ Extract z. Bädern
1 Dos: 35 X ö. w.

Internationale Verbandstoff-Fabrik Schaffhausen.

Depots: **Zürich:** Ecke Bahnhofstrasse u. Kuttelgasse. **Basel:** 22 Theaterstrasse. **Bern:** J. L. Hug-Braun, Pension Mattenhof. **St. Gallen:** C. F. L. Hausmann z. Hechtapotheke.



Ergotin Nienhaus

für

subcutane Injectionen.

Sichere Wirkung, ohne Schmerz, ohne Reizung, ohne Abscess.

Dargestellt von **Casimir Nienhaus**, Apotheker in Basel.

Vorräthig in 1/1 und 1/2 Flacons in der **Löwenapotheke in Basel**, in den Apotheken der Herren **Studer in Bern, H. Stern in Biel, Stein in St. Gallen, Kaspar in Genf, Schmidt in Montreux,** Apotheke **„zum Hammerstein in Zürich, Feune in Delémont, Seewer in Interlaken, Weibel in Luzern.**

Das Präparat findet immer mehr Anerkennung. Da bisher ein anderes nach dem gleichen Verfahren hergestelltes Ergotin im Handel nicht erschienen ist, kann das **„Ergotin Nienhaus“** nicht durch andere Präparate substituirt werden.

Bei Bezug mehrerer Flacons tritt Preisermässigung ein.

„Zur Notiz.“ Es wird mir mitgetheilt, dass in manchen Apotheken noch immer, wenn **Ergotin Nienhaus** verordnet wird, irgend ein anderes Mutterkornextract dispensirt wird. Ich kann desshalb nur für die Wirkung der Präparate einstehen, wenn die Herren Aerzte sich überzeugen, dass dasselbe einem Original-Flacon entnommen ist.

Casimir Nienhaus.

Verlag von **Ferdinand Enke** in Stuttgart.

Soeben ist erschienen und durch jede Buchhandlung zu beziehen:

Lehrbuch der Ohrenheilkunde.

Für practische Aerzte und Studirende.

Von Prof. Dr. **Adam Politzer** in **Wien.**

Zwei Bände. — II. Band.

Mit 152 Holzschnitten. gr. 8. geh. Preis 12 Mark.

Die günstige Aufnahme des I. Bandes dieses Werkes, die anerkennende Kritik von Seite der Fachgenossen und der bewährte Ruf des Autors, entheben die Verlagshandlung jeder weiteren Anpreisung dieses Lehrbuches.

Lehrbuch der Syphilis

und der mit dieser verwandten örtlichen venerischen Krankheiten.

Herausgegeben von

Prof. Dr. **Herm. Zeissl** und Dr. **Maximilian Zeissl** in Wien.

Vierte Auflage.

gr. 8. geh. Preis 18 Mark.

Die neue Auflage dieses beliebten Lehrbuches ist von den Herren Verfassern dem heutigen Standpunkte der Wissenschaft entsprechend gänzlich umgearbeitet und vielfach erweitert worden, somit steht zu erwarten, dass das Werk in seiner neuen Form den gleichen Anklang finden werde, der den früheren Auflagen in so reichem Maasse zu Theil geworden ist.

Zu verkaufen.

In Folge Todesfall ist im untern Theil des Cts. Aargau ein bis dahin von einem Arzt bewohntes Haus sammt Scheune und Garten zu verkaufen.

Da sich zwei Stunden im Umkreis kein Arzt befindet, würden diese Liegenschaften einem solchen Gelegenheit bieten, sich eine lohnende Praxis zu verschaffen.

Preis und Kaufsbedingungen sehr günstig.

Gefl. Offerten sub Chiffre **A. O.** nimmt die Expedition des Blattes entgegen.

Asyl für Gemüthskranke.

Belle-Vue bei Neuveville.

Ganz neu, seinem Zweck entsprechend, gebaut, auf's Comfortabelste eingerichtet, Bäder in jedem Stockwerk. Conversations-Saal, Rauch-Salon mit Billard; prachtvolle Aussicht auf den See und die Alpen, grosse Gärten mit Schattenplätzen, Springbrunnen-Volieren. Sorgfältige Pflege. Familienleben.

Propriétaire: *Mme. Veuve* ***Scherer-Chiffelle.***

Médecin Directeur: ***Dr. Ch. Marguet.***



Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N° 17. XII. Jahrg. 1882. 1. September.

Der IV. internationale Congress für Hygieine in Genf.

Am 4. September wird in Genf der IV. internationale Congress für Hygieine und Demographie eröffnet; derselbe hat zum Zweck, die Männer der Wissenschaft und der Praxis, Aerzte, Hygieiniker, Statistiker, Apotheker, Chemiker, Physiker, Meteorologen, Ingenieure, Architecten, Pädagogen, Thierärzte etc. etc. auf einige Tage zu vereinigen, um die brennenden Tagesfragen der öffentlichen und privaten Gesundheitspflege zu discutiren und so weit möglich ihrer practischen Lösung entgegen zu führen.

Wir begrüssen sie heute auf das Herzlichste, die Gelehrten aller Länder, die in wenigen Tagen in unserem Genf sich versammeln werden und sind überzeugt, dass bei diesem edlen Wettstreit für des Volkes Gesundheit und Wohlfahrt besonders auch die Schweiz zahlreich vertreten sein wird. Wir sind es Genf, der opferwilligen und gastfreundlichen Stadt, wir sind es unserem Lande schuldig, da einzutreten, wo es gilt, auf möglichst breitem Boden Erfahrungen auszutauschen und an der Discussion von Fragen theilzunehmen, deren Tragweite wir am besten zu bemessen in der Lage sind.

Das reichhaltige Programm haben wir in der letzten Nummer bereits mitgetheilt, und wir wollen nur nochmals hervorheben, dass die Aerztecommission die diesjährige Herbstsitzung des Centralvereins in Olten ausfallen liess in Hinblick auf vorausgesetzte zahlreiche Betheiligung der Collegen der deutschen Schweiz am Congresse in Genf.

Im gleichen Augenblicke, wo das irregeleitete Volk mit lautem Halloh das eidg. Epidemiengesetz, die Frucht langjähriger Arbeiten, von der Hand gewiesen, reisst uns der Genfer Congress aus der missmuthigen Stimmung heraus, in die der 30. Juli uns zu drängen versuchte und mahnt uns an unsere Pflicht. Zeigen wir den Fremden, dass etwas von dem Muth und der Zähigkeit unserer Vorfahren noch in den Adern der Epigonen pulsirt, und dass das Suchen nach Wahrheit und das Bewusstsein treuer Pflichterfüllung uns höher steht wie der Beifall der Menge.

Kommen wir zahlreich nach Genf, um mitzuarbeiten an der Wohlfahrt unseres Volkes.

Möge aus den Arbeiten des Congresses eine reiche Saat hervor gehen, eine Saat von Anregung und Eifer auf dem noch so vielfach sterilen Gebiete öffentlicher und privater Gesundheitspflege — dann wird der auf den 30. Juli folgende 4. September ein fester Markstein in der Geschichte hygieinischer Bestrebungen unseres Landes!

Original-Arbeiten.

Ueber traumatische Lähmung des Plexus brachialis.

Vortrag, gehalten im Verein der Aerzte zu Koblenz am 2. Mai 1882

von Dr. med. **Albrecht Erlenmeyer,**

dirig. Arzt der Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke zu Bendorf bei Koblenz.

Gestatten Sie mir, meine Herren Collegen, Ihnen heute einen Fall von traumatischer Lähmung des linken Plexus brachialis vorzustellen, den man gerade nicht jeden Tag zu sehen Gelegenheit findet.

Die Fälle von Plexuslähmung sind überhaupt nicht häufig. Die deutsche Literatur enthält deren bis jetzt nur 11, 4 von *Erb*, 3 von *E. Remak*, 2 von *Hœdemaker* und 2 von *M. Bernhardt* mitgetheilt. Unter diesen 11 Fällen sind nun traumatischen Ursprungs nur 5; die übrigen sind entstanden theils durch Neuritis, theils durch Neubildungen in der Oberschlüsselbeingrube, theils durch rheumatische Einflüsse. Der Ihnen hier vorzustellende Fall würde demnach der 6. sein von traumatisch bedingter Lähmung, und diese relative Seltenheit rechtfertigt wohl auch, dass ich Ihnen denselben vorführe. Ausserdem liegt aber noch eine gewisse Rechtfertigung in dem Umstande, dass dieser Fall eine viel ausgedehntere Verbreitung der Lähmung zeigt, als alle bisher veröffentlichten Fälle, und dass er dadurch die Möglichkeit an die Hand gibt, bestimmtere Anhaltspunkte zu gewinnen zur endgültigen Auffassung und Erklärung der sog. Plexuslähmungen.

Herr Theodor Birk, Metzgermeister von hier, 28 Jahre alt, stürzte am Abend des 9. April d. J. in einen 4—5 Meter tiefen, rings ummauerten, unten ungefähr 1 Meter hoch mit Wasser angefüllten Mühlengraben. Obwohl er bei dem Sturze die Hände schützend vorstreckte, die er sich an der gegenüber stehenden Mauer stark verletzte, bekam der Oberkörper dennoch das Uebergewicht nach vorne. Er stürzte auf die l i n k e Seite und trug eine ganz beträchtliche Contusion von Schulter, Hals und Gesicht davon. Das Bewusstsein will er nur einen Augenblick verloren haben; das kalte Wasser, in welches er hineinfiel, brachte ihn sogleich wieder zur Besinnung.

Aus seiner peinlichen Lage befreit, merkte er sofort, dass er nicht mehr im Stande war, den linken Arm zu bewegen, und er sowohl, wie die ihn umgebenden Laien dachten zunächst an einen Knochenbruch. Ein herbeigerufener Arzt constatirte indessen, dass eine Fractur ebenso wenig vorliege, als eine Luxation, dass es sich vielmehr um eine Lähmung handle. Ordination: blutige Schröpfköpfe an die Halswirbelsäule.

Der Hausarzt des Kranken, mein Schwager Dr. *Halbey*, bestätigte diese Ansicht, ging aber zunächst zur Behandlung der Hautabschürfungen und Contusionsschwellungen mit Carbolverband und Eisbeuteln über. Am 21. April, also 13 Tage nach stattgehabter Verletzung, kam der Kranke zu mir zur electrischen Behandlung der Lähmung.

Bei der ersten Untersuchung konnte ich zunächst constatiren, dass weder eine Fractur noch eine Luxation bestand, dass auch nirgends Anschwellung der Weichtheile vor-

handen war. Die passive Beweglichkeit von l. Arm und Schulter war nach allen Richtungen unbehindert, nirgends schmerzhaft. Von sämmtlichen Bewegungen der oberen Extremität waren nur noch die vom N. ulnaris beherrschten absolut frei und in der Gewalt des Kranken; alle übrigen Nerven waren gelähmt, einige complet, einige nur in gewissen Zweigen.

Gerade in der Localisation der Lähmung liegt die Bedeutung dieses Falles, und Sie müssen deshalb schon erlauben, dass ich Ihnen das etwas eingehender demonstrire.

Um damit an dem unteren Ende der gelähmten Extremität zu beginnen, so sehen Sie, dass der Patient die Beugung, Streckung und Spreizung der Finger vollkommen beherrscht und mit normaler Schnelligkeit und Kraft ausführen kann. Sie sehen, dass in gleicher Weise Beugung und Streckung im Handgelenk ausgeführt werden. Bei den genannten Bewegungen handelt es sich um Muskeln, die theils vom N. ulnaris, theils vom N. medianus innervirt werden. Aus später anzuführenden Gründen fand ich mich veranlasst, die genannten Nerven nebst einigen zugehörigen Muskeln einer genauen electrischen Untersuchung zu unterwerfen, und dabei konnte ich feststellen, dass der N. ulnaris und seine Muskeln vollständig intact waren, dass dagegen der N. medianus und die von ihm innervirten Muskeln des Daumenballens herabgesetzte faradische und galvanische Erregbarkeit darboten. Dieser geringen Verletzung der motorischen Function des N. medianus entspricht auch eine gleiche seiner sensibeln. Die Sensibilität der ganzen Daumenseite der innern Fläche des Vorderarmes und des Daumens und des Zeigefingers war objectiv vermindert; subjectiv war pelziges Gefühl in sämmtlichen Fingerkuppen und am Daumen und Zeigefinger vorhanden.

Gehen wir nun in der Prüfung der Functionen weiter nach aufwärts, so sehen Sie, dass bei herabhängendem pronirtem Arme eine active Supination nicht ausführbar ist, ja, dass nicht einmal die kleinste Andeutung einer supinirenden Bewegung erscheint. Supinire ich den Vorderarm passiv, und gebe ich nun dem Patienten auf, die Hand in dieser Stellung zu halten, so stellt sich heraus, dass er es nicht vermag: der Vorderarm schnellt, sich drehend, in die Pronationsstellung zurück. Bei gebeugtem und unterstütztem Vorderarm bringt er den Beginn der Supination zu Stande, die Vollendung der Bewegung gelingt ihm aber nicht. Es liegt mithin eine Paralyse resp. Parese des vom N. radialis versorgten M. supinator brevis vor, zu der sich — ich will hier schon vorweg bemerken, dass eine active Beugung des Vorderarms absolut unausführbar ist — eine Lähmung des M. supinator longus hinzugesellt.

Ein ähnliches Verhältniss findet sich bei dem M. triceps. Der Arm soll aus rechtwinkliger Beugestellung gestreckt werden. Sie sehen, dass der Patient den Vorderarm zu strecken im Stande ist, und Ihre auf den Triceps aufgelegte Hand fühlt deutlich dessen Contraction bei der Ausführung der Streckung. Wenn Sie aber sowohl diese Bewegungsfähigkeit als auch diese Contraction des Muskels mit denen der andern Seite vergleichen, so überzeugen Sie sich leicht, dass die Functionen der linken Seite erheblich schwächer ausfallen.

Die electrische Exploration dieser zum Theil noch bewegungsfähigen Muskeln ergibt Entartungsreaction. Es liegt mithin hier das immerhin bemerkens-

werthe, wenn auch nicht mehr unbekannte Factum vor, dass Muskeln, die dem Willen noch theilweise gehorchen, dennoch in einem Zustande pathologischer Gewebsveränderung begriffen sind, deren Dasein durch die electrische Exploration mit grösster Sicherheit nachgewiesen wird. Ich will hier gleich hinzufügen, dass die übrigen vom N. radialis versorgten Muskeln (die Extensoren sind genau untersucht) eine normale Reaction gegen beide Stromesarten zeigen, eine Localisation der Lähmung, auf die ich weiter unten noch zu sprechen komme.

Dieser Befund an dem N. radialis und einigen seiner Muskeln wurde mir Anlass auch den N. ulnaris und medianus zu untersuchen, wobei sich denn der oben bereits angeführte Befund der herabgesetzten Erregbarkeit in dem Gebiete des letztern ergab.

Die sämmtlichen übrigen Bewegungen der linken Extremität, als Beugung im Ellbogengelenk, Adduction an, vor und hinter den Rumpf, Abduction und Erhebung, Einwärts- und Auswärtsrollung des humerus, sind absolut unausführbar. Die einzige noch übrig gebliebene, aber auch sehr stark abgeschwächte Bewegung ist die Hebung und gleichzeitige Rückwärtsziehung der Schulter durch active Contraction des M. cucullaris, und auch dieser zeigt starke Herabsetzung der electrischen Erregbarkeit.

Um nun die bei dieser weit verbreiteten Lähmung betheiligten Nerven und Muskeln namhaft zu machen, so sind als gelähmt anzusehen:

1. N. thoracicus anterior	M. pectoralis major.
2. N. axillaris	M. deltoideus.
3. N. musculo-cutaneus	M. biceps. M. brachial. intern.
4. N. thoracicus lateral.	(M. serrat. ant. major.)[1]
5. (N. subscapularis)	M. latiss. dorsi.
6. (N. suprascapularis)	M. infraspinatus.
7. N. radialis	M. triceps. M. supinator longus. (M. supinator brevis.)
8. N. medianus	Daumenballenmuskeln.
9. N. accessor.	M. cucullaris.

Diese zeigen folgende electrische Reaction: Nr. 1—7 *Entartungsreaction* in folgender Form: *die Nerven sind auf keine der beiden Stromesarten erregbar*, die *Muskeln faradisch ebenfalls* nicht — mit alleiniger Ausnahme des M. triceps, der noch auf sehr starke secundäre faradische Ströme sich contrahirt —, während sie *keine Steigerung*, *sondern erhebliche Herabsetzung der galvanischen Erregbarkeit darbieten mit qualitativer Veränderung der Zukkungsformel*. Ansz > Kathsz; Kathœz = resp. > Anœsz, letzteres besonders im M. biceps und brachialis internus; träge Zuckungen. Nr. 8 und 9 haben *einfache*, aber *stark verminderte Herabsetzung der Erreg-*

[1]) Die eingeklammerten Namen von Nerven und Muskeln bezeichnen solche, die einer directen electr. Prüfung nicht zugänglich sind, deren Lähmung allein durch den Functionsausfall bewiesen wird.

barkeit für beide Stromesarten und zwar sowohl die Nerven wie die Muskeln. Auf diese verschiedenartige Reaction der gelähmten Theile werde ich später bei der Prognose noch zu sprechen kommen.

Mit dieser gegebenen Aufzählung der gelähmten Nerven und Muskeln soll nun keineswegs die Anzahl der gelähmten als erschöpft angesehen werden; ich bin im Gegentheil der Ansicht, dass sämmtliche, auch mit Namen hier nicht aufgezählten Nerven und Muskeln der linken Oberextremität vollkommen gelähmt sind. Die obige Aufzählung betrifft nur diejenigen gelähmten Bewegungsapparate, für welche, weil der electrischen Exploration ganz oder doch theilweise zugänglich, durch diese der gewissermaassen in die Augen springende Beweis ihrer Lähmung erbracht werden kann; für die solcher Untersuchung nicht zugänglichen Bewegungsorgane, wie z. B. M. pectoralis minor, subscapularis, supinator brevis u. s. w., muss die Lähmung aus dem Ausfall ihrer Function geschlossen werden, und ich betone noch einmal ausdrücklich, dass ausser der sehr abgeschwächten Cucullarbewegung am ganzen linken Oberarm nicht die kleinste Spur einer activen Beweglichkeit vorhanden war.

Für die complete Lähmung sämmtlicher Schultermuskeln spricht auch das Fehlen jeder Difformität der Schulterblattstellung. Bei partieller Lähmung würde durch antagonistische Zugwirkung eine Stellungsveränderung unbedingt zu constatiren sein, während in diesem Falle durch die Erschlaffung aller an der Scapula sich inserirenden Muskeln die natürliche Stellung bewahrt geblieben ist. Auf einen Punct muss ich dabei allerdings Ihre Aufmerksamkeit lenken. Die obige Voraussetzung bedingt zweifellos, dass die linke Scapula tiefer stehe als die rechte, weil ihre eigene Schwere als antagonistisches Moment gegen die Zugwirkung der Levatoren besteht. Nun sehen Sie aber, dass die beiden Schulterblätter genau die gleiche Höhestellung einhalten. Wodurch ist diese scheinbare Unregelmässigkeit begründet? Ich glaube, der Grund ist einfach folgender. Sie bemerken, dass die ganze linke Schulter des Patienten erheblich höher steht als die rechte, und Sie vernehmen von ihm die bestimmte Angabe, dass diese Schulterstellung bei ihm schon seit vielen Jahren bestehe, die er als eine Folge seines Berufes ansieht. Danach liegt die Annahme nahe, dass für gewöhnlich das linke Schulterblatt höher stehe als das rechte, und dass jetzt nach eingetretener Lähmung eine Gleichstellung beider ein Gesunkensein des linken bedeuten muss. In der That gibt auch eine Messung von der Spina scapulæ über die Schulter hinüber bis zur Clavicula ein um etwa 1½ cm. kürzeres Maass auf der rechten Seite (17 : 19 cm.).

Sämmtliche gelähmten Muskeln fühlen sich erheblich weicher und schlaffer an und gestatten einen viel tiefer gehenden Fingereindruck als die nicht gelähmten Muskeln derselben (Extentoren) und alle der rechten Extremität. Sie wollen sich ferner davon überzeugen, dass die gelähmten Muskeln viel schmächtiger und dünner sind; sie befinden sich sämmtlich aller Wahrscheinlichkeit nach im Zustande atrophischer Degeneration. Der Umfang des linken Oberarmes, genau in der Mitte des M. biceps gemessen, beträgt 29½ cm., der des rechten an genau gleicher Stelle 32 cm.

Die Fossæ supra- und infraspinatæ sind eingesunken.

Die Sensibilität ist, wie bereits angegeben, im Medianusgebiet des Vorderarms, Daumens und Zeigefingers herabgesetzt.

Trophische Störungen an Haut, Haaren und Nägeln sind nicht nachzuweisen.

Ebenso fehlen vasomotorische Erscheinungen, wenn Sie nicht etwa die unerhebliche, objectiv durch Gefühl immerhin noch nachweisbare Temperatursteigerung der linken Hand hierher rechnen wollen, die meines Erachtens aber ebenso gut zu erklären ist durch den Umstand, dass durch die Lähmung und Erschlaffung der meisten Muskeln einmal die Arterien weniger Widerstand und stützende Umhüllung für ihre Ausdehnung finden, sich also mehr mit Blut füllen können; sodann, dass die mangelnde Muskelaction und absolut fehlende Bewegung der Extremität die Fortbewegung der venösen Blutsäule vermindert, mithin auch in dem Venensystem eine vermehrte Blutmenge circulirt und zwar höchst langsam circulirt. Letzteres Moment wird noch unterstützt dadurch, dass der Kranke den gelähmten Arm meistens herabhängend trägt. Unter Berücksichtigung aller dieser Umstände dünkt mir die Annahme einer m e c h a n i s c h durch Blutüberfüllung bedingten geringen Temperatursteigerung näher liegend als die einer v a s o m o t o r i s c h e n.

Auf eine mir auffallende Erscheinung Ihre Aufmerksamkeit zu lenken, darf ich nicht unterlassen. Es finden nämlich an dem gelähmten Oberarm beständig spontane Bewegungen statt von sehr kleiner Schwingungsweite. Dieselben haben mit den bekannten sog. fibrillären Zuckungen, wie man sie fast regelmässig im Beginne der progressiven Muskelatrophie sieht, keine Aehnlichkeit. Es scheint vielmehr eine Bewegung der Haut zu sein, die den Eindruck macht, als ob ein grösseres Flächestück derselben in diesem Augenblicke von ihrer Unterlage abgehoben, in dem nächsten wieder von ihr angezogen würde. Dabei wechseln sich die bewegenden Flächentheile ab, so dass z. B. in diesem Zeitmoment die Haut über der vordern Bicepsgegend, im nächsten die über der seitlichen schwingt. Ob dabei auch Bewegungen der Muskelmassen selbst vor sich gehen, darüber bin ich durch directe Beobachtungen nicht klar geworden, ich muss Sie aber darauf aufmerksam machen, dass ab und zu die ganze Extremität eine leicht schwingende, fast nur in der Richtung der Abduction verlaufende minimale Bewegung macht. Der Patient fühlt von diesen Hautbewegungen und Armschwingungen nichts und ist auch nicht im Stande, sie zu unterdrücken. (Nach $4^1/_2$ wöchentlicher electr. Behandlung sind diese Erscheinungen verschwunden.)

(Schluss folgt.)

Pyometra in Folge Adenom des Cervicalcanals.

Mittheilung aus der gynæcologischen Abtheilung des Cantonsspitals St. Gallen

von Dr. J. Kuhn.

Den 25. October 1881 suchte Frau S. von H., 67 Jahre alt, in der Sprechstunde meine Hülfe nach, weil sie schon seit ca. $1^1/_2$ Jahren beständig mehr oder weniger schleimig-blutigen Abgang aus den Genitalien bemerke, in Folge dessen sie anfange, in ihren Kräften herunterzukommen.

Eine Exploration zeigte eine weiche, nachgiebige, wie Schleimklumpen anzufühlende Geschwulstmasse im Cervicalcanal, welche wie mehrfache Schleimpolypen aus dem Muttermund ragte. — Orificium externum als freier Saum zu fühlen, für den Finger geöffnet; Cervix ampullenförmig erweitert. Uteruskörper klein, frei beweglich.

Ich stellte die Diagnose auf Adenom des Cervicalcanals und exstirpirte einen Theil der prominirenden Geschwulstmasse zu genauerer microscopischer Untersuchung. — Herr Prof. Dr. *Ziegler* in Zürich (nunmehr in Tübingen), welchem ich das Präparat zu pathologisch-anatomischer Untersuchung übersandte, schrieb mir in verdankenswerthester Weise darüber, dass microscopisch nur Drüsenelemente darin nachzuweisen seien; es handle sich um ein Adenom der Cervicalschleimhaut.

Patientin wurde dann zur Operation in's Cantonsspital beordert, wozu sie sich aber nicht entschliessen konnte.

Am 20. Februar 1882 stellte sich Pat. wieder, natürlich noch mit denselben Erscheinungen und Beschwerden. Eine Exploration zeigte weiter keine Veränderungen.

Im April stellten sich dann ziemlich heftige Unterleibsschmerzen ein, namentlich in der rechten Iliacalgegend. Pat. fühlte sich unwohl, so dass sie einige Tage das Bett hüten musste. Zugleich wurde der schleimig-blutige Ausfluss von einem penetrant stinkenden Geruch begleitet. Trotz aller desinficirenden Ausspülungen konnte dieser übelriechende Fluor nicht beseitigt werden und dieser Umstand allein bewog Patientin, endlich zu einer Operation in's Spital zu kommen, wo sie den 7. Juni d. J. eintrat.

Pat. war früher immer regelmässig, aber etwas stark menstruirt. Sie hat 6 Mal geboren, zum letzten Mal vor ca. 32 Jahren. Mit dem 52. Lebensjahre verlor sie die Periode vollständig.

Status praesens den 9. Juni 1882: Kräftig gebaute, für ihr Alter sehr rüstige Frau von gutem, absolut nicht cachectischem Aussehen. Temp. normal. Brustorgane zeigen nichts Abnormes. Abdomen weich, nicht aufgetrieben, nirgends besonders schmerzhaft, auf tiefes Eindrücken im Epigastrium etwas empfindlich. Aus der Scheide fliesst ziemlich viel und äusserst übelriechender Fluor. Eine combinirte Untersuchung der Genitalien in Chloroformnarcose zeigt am Scheidentheil den anfangs erwähnten gleichen Befund: Orif. ext. für die Fingerspitze offen, als freier Saum die Geschwulstmasse bedeckend (weil der prominirende Theil bei der ersten Untersuchung abgetragen worden war); Cervix in gleichem Grade wie früher ausgedehnt, nicht verlängert. Dagegen zeigt der Uteruskörper eine wesentliche Veränderung gegenüber früher. Derselbe fühlt sich als ein mannsfaustgrosser Tumor an, von nicht sehr praller Consistenz und ziemlich freier Beweglichkeit. Adnexa des Uterus frei. Die Sonde kann nicht in die Uterushöhle eingeführt werden (bei Anwendung von stärkerem Drucke wäre es wohl gelungen).

Es wird angenommen, dass eine Verjauchung des Adenoms eingetreten sei, welche zu einer Secretansammlung in der Uterushöhle Veranlassung gab, da der Abfluss durch die Neubildung selbst gehemmt sei.

Nachdem die Scheide tüchtig mit 2%iger Carbollösung ausgespült worden, wird der äussere Muttermund nach links und rechts tief eingeschnitten, wobei sich das Adenom im obern Theile des Cervicalcanals den innern Muttermund verschliessend präsentirt. Die Neubildung wird mit dem scharfen Löffel vorweg abgekratzt; als dadurch die Uterushöhle eröffnet wurde, entleert sich plötzlich ein Strom von blutig-eitriger Flüssigkeit von entsetzlich stinkendem Geruch, in einer Menge von ca. 100 ccm. Nach Entfernung der Geschwulst zeigt sich der innere Muttermund für den Finger erweitert; bimanuell lässt sich die ganze Uterusinnenfläche abtasten. Die Uteruswand ist sehr dünn, wie ein schlaffer Gummiballon und zeigt eine sammtartig aufgelockerte Innenfläche. Die Tubenmündungen sind verschlossen. Es wird auch die ganze Uterusinnenfläche ausgekratzt und hierauf die Höhle mit 5%iger Carbollösung ausgespült. Die Uterusmuskulatur besitzt noch die Kraft (wohl wegen des relativ kurzen Bestehens der Pyometra), sich bald ordentlich gut zu contrahiren. Am Abend des gleichen Tages wird noch einmal eine desinficirende Uterusausspülung gemacht; von da ab erhält Pat. täglich 2—3 Scheidenirrigationen.

Der Verlauf ist im Weitern ein absolut reactionsloser; keine erhöhte Temp., keine Schmerzen, keine Reizerscheinungen von Seite des Uterus und seiner Umgebung. Schon vom zweiten Tage ab verliert der Fluss den üblen Geruch vollständig. — Am 8. Tage steht Pat. auf und 14 Tage nach der Operation, den 23. Juni, verlässt sie geheilt das Spital.

Eine Untersuchung den 21. zeigt den Muttermund und Cervicalcanal geschlossen und den Uterus gut contrahirt, von derber Consistenz. Uteruslänge vom Orif. ext. an gerechnet $6\frac{1}{2}$ cm.

Patientin, sehr zufrieden über ihr Wohlbefinden, äusserte in den letzten Tagen eine ganz sonderbare Bemerkung: „Es falle ihr auf, dass sie nun seit der Operation zugleich einen lästigen Husten verloren habe, welcher schon viele Jahre bestanden und keinem angewandten Heilmittel gewichen sei.“ — Ist es nicht denkbar, dass dieser Husten mit dem langsamen Wachsthum des Adenoms vor Jahren sich eingestellt hat als eine Reflexerscheinung des Uterinleidens, ähnlich wie bei andern Erkrankungen des Uterus und bei Gravidität?

Während die Hydrometra nach der Menopause ziemlich häufig vorkommt (wohl die meisten Fälle kommen wegen der geringen Erscheinungen gar nicht zur Beobachtung), ist die Pyometra schon viel seltener zu finden. Am ehesten entsteht sie dadurch, dass die Uterusschleimhaut bei Atresie des innern Muttermundes eitert. — In diesem Falle ist unsere oben erwähnte Annahme wohl die wahrscheinlichste, dass in Folge Verjauchung des Adenoms die Pyometra entstanden sei. Wäre der übelriechende, stetige und ziemlich starke Fluor (Pat. gab ausdrücklich an, dass der Fluss immerfort und nicht blos von Zeit zu Zeit abgegangen) aus einer primär entstandenen Pyometra entleert worden, so würde die Ansammlung in der Uterushöhle wohl nie so ausgiebig geworden sein, dass der Uteruskörper zu diesem Umfang (mannsfaustgross) ausgedehnt worden wäre. Die Verjauchung lässt sich leicht erklären, wenn man bedenkt, dass Pat. öfter untersucht und die Neubildung theilweise zerstört worden ist. Vielleicht wurde dieselbe gerade dadurch herbeigeführt, dass der bei der Untersuchung am 20. Februar wegen Blutung eingelegte Wattetampon zu lange liegen blieb und zu einer Zersetzung der Secrete Veranlassung gab.

Vereinsberichte.

Medicinische Gesellschaft in Basel.

Schriftführer für die Corresp.-Blatt-Referate Dr. *Daniel Bernoulli*.

Sitzung vom 2. Februar 1882.

Anwesend 22 Mitglieder und 1 Gast.

Prof. *Wille* bespricht den 1. Theil des Handbuchs der historisch-geographischen Pathologie (vergl. S. 205 d. Corr.-Bl.).

In der anschliessenden Discussion bezweifeln Dr. *Fritz Müller* und Prof. *Hagenbach* das autochthone Entstehen von Seuchen auf Schiffen, Dr. *Wilhelm Bernoulli* das Milderwerden der Blattern. Nach letzterem decken sich Jahreszeit und Epidemie oft nicht, z. B. sind die Blattern im Winter sehr heimisch; indessen sind eben nach dem Referenten die Blattern überhaupt bei uns heimisch geworden. Physicus *Lotz* weist an Beispielen mit Ländern nach, dass die Mortalität verschiedener Blatternepidemien nicht auf der Milderung des Krankheitscharakters, sondern auf der obligatorischen Durchführung der Impfung, resp. deren Unterlassen beruht.

Geschäftliches.

Sitzung vom 16. Februar 1882.
Anwesend 27 Mitglieder und 1 Gast.

Prof. *Immermann* spricht über die Anchylostomenkrankheit. Er behandelte im vergangenen Januar einen 25jährigen italienischen Arbeiter vom Gotthardtunnel an dieser Krankheit, die erst im Tunnel acquirirt worden war. Sie bestand in Blässe, schlechtem Appetit, Brechneigung, Neigung zu Durchfall. Die Untersuchung ergibt ausser anæmischen Blutgeräuschen, Verminderung der Zahl der rothen Blutkörperchen und unzähligen Anchylostomeneiern im Stuhle nichts Abnormes. Auf Darreichung von Extr. filic. mar. æth. mit nachfolgendem Ol. ricini entleerte der Kranke 22 Anchylostomen, nach einigen Tagen auf Ol. therebinth. mit Calomel 4 weitere, alle weiblich.

Referent gibt zunächst eine Skizze der Geschichte und der geographischen Bedeutung des Wurmes; er ist erst in neuerer Zeit in den Norden gekommen, aber nur ausnahmsweise, und wird sich hier nicht verbreiten. Sodann beschreibt Redner die Anatomie des Thieres, namentlich die charakteristische der Sexualorgane, dann die Eigenart seiner Eier, welche sich besonders durch einen im Beginn der Furchung begriffenen Dotter auszeichnen. Die Copulation geht im Darm vor sich. Die Weibchen verbleiben monatelang im Darm. Ueber die Männchen ist wenig bekannt. Die Weibchen sind überaus fruchtbar, und die Anæmie des Wirthes ist durch den grossen Bedarf an Albumen für die zahlreichen Eier zur Genüge erklärt. Der Embryo ist wahrscheinlich eine Rhabditisform und entwickelt sich wahrscheinlich in fæculentem Schleim ohne Zwischenwirth.

Die Symptome der durch die Parasiten hervorgerufenen Krankheit sind ganz die der progressiven perniciösen Anæmie, nur ist die Aetiologie eine verschiedene. Die Diagnose stützt sich auf Lebensverhältnisse und Vergangenheit der Individuen; das Microscop entdeckt in frischen Stühlen immer Eier, deren Unterschied von Rund- und von Bandwurmeiern Referent charakterisirt. Therapeutisch hat sich Extr. filic. mar. æth. bewährt; auch 2,0—10,0 grmm. Thymol in Alcohol gelöst. Die Wirksamkeit zweier ausländischer Ficuspräparate werden von *Perroncito* und von *Bäumler* bestätigt.

Dr. *Daniel Bernoulli* bezweifelt das Vorkommen des Anchylostomum in Java auf Grund eines vor einigen Jahren hier beobachteten Falles, den Referent anführte, da die Anchylostomen auf den ostindischen Inseln nicht sicher constatirt seien, und da der Betreffende, ein aus Atchin (Sumatra) entlassener Schweizersoldat, auf der Heimreise sich kurz an den stark inficirten Ufern des Suezcanals aufgehalten habe. Er fragt auch nach einem allfallsigen Zusammenhang der ebenfalls erst kürzlich in unsern Gegenden im Verein mit Anchylostomum aufgefundenen Anguillula.

Prof. *Immermann:* Anguillula stercoralis wurde bis jetzt in Italien und am Gotthard gefunden, am letztern nur in wenigen Exemplaren. Dieser Wurm gehört nicht zu den blutsaugenden Parasiten, seine Eier differiren von denen des Anchylostomum.



Herbstsitzung der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft des Cantons Zürich.

Dienstag, den 15. November 1881, Vormittags 10 Uhr,
im Linth-Escher-Schulhaus in Zürich.

Nachdem der Präsident die Anwesenden begrüsst, theilt er mit, dass das Comité, zu Folge einer von Genf aus ergangenen Aufforderung, zu Delegirten der Gesellschaft an den im Herbst in Genf stattfindenden internationalen hygieinischen Congress die Herren Prof. *O. Wyss* und Sanitätsrath Dr. *Zehnder* designirt habe, und ferner, dass das Comité den um unsere Gesellschaft vielfach verdienten Dr. *Varrentrapp* in Frankfurt a. M. zu seiner 50jährigen Doctorfeier schriftlich beglückwünscht habe.

Nach Feststellung der Tractandenordnung referirt Prof. *Horner* über den Antrag des Vorstandes betreffend Revision der Statuten: Unsere jetzigen Statuten datiren vom Jahre 1832 und sind schon längst vergriffen. Schon früher wurde oft das Bedürfniss nach neuen Statuten empfunden, aber immer wurde dieses etwas trockene Thema verschoben; jetzt ist die Nothwendigkeit um so grösser, je grösser die Anzahl von Aerzten aus andern Cantonen. Referent präcisirt kurz die Grundsätze, die für einen neuen Entwurf leitend sein sollten, und schlägt vor, einen Revisionsrath mit dessen Ausarbeitung zu betrauen.

Die Gesellschaft beschliesst, dass eine Revision wünschbar sei und beauftragt eine Commission von 5 Mitgliedern (Prof. *Horner*, Bez.-Arzt Dr. *Sigg*, Dr. *Hegner*, San.-Rath Dr. *Zehnder*, Bez.-Arzt Dr. *Müller*) für die nächste Sitzung einen Entwurf vorzubereiten.

Vortrag von Prof. *Krönlein* über Magenresection (erschien in extenso im Corr.-Bl. Nr. 14).

Nachher demonstrirt Prof. *Krönlein* noch eine höchst interessante Sammlung von 12 Fremdkörpern sehr verschiedenartiger Natur (Pince-nez-Glas, Hammelzahn, Münzen, Gebissstücke, Schnallen, Stecknadeln, Crucifix, Canulenstück etc.), die er in der *Langenbeck*'schen Poliklinik in etwa 1½ Jahren, d. h. bei einem Material von ca. 18,000 Patienten, aus dem Oesophagus (meist in Narcose, 1 Mal durch Oesophagotomie), aus Larynx und Trachea, und aus der Blase extrahirt hat. Alle 12 Patienten sind geheilt. — Er schildert die verschiedenen dabei geübten Verfahren und weist die für Diagnose und Extraction zweckmässigsten Instrumente vor.

Antrag über die Taxfrage von der dafür aus allen Bezirken bestellten Commission (11 Mitglieder). Referent: Dr. *O. Haab*. Nach eingehender Berathung gelangte die Commission zu folgenden Anträgen:

1) Die amtliche Taxe ist im Verkehr mit den zahlungsfähigen Kranken ganz abzuschaffen.

2) Im Verkehr mit den Armenbehörden sind, da man hier einer Taxe unbedingt bedarf, die bisherigen Armentaxen beizubehalten, aber mit der Aenderung, dass die 20% nicht mehr abgezogen werden. Es würden somit die Armentaxen um 20% erhöht.

3) Es ist bezüglich der Rechnungsstellung den Armenpflegen gegenüber eine

Aenderung in dem Sinne anzustreben, dass die genaue Specificirung mit Angabe und Taxirung der Bestandtheile jeder einzelnen Arznei wegfalle. Es wird also dringend die Streichung des bezüglichen Passus in § 7 der „Verordnung betreffend die ärztliche Behandlung armer Gemeindsbürger vom 20. Januar 1879“ gewünscht, welcher Passus lautet: „(In der Rechnung selbst muss jede verordnete Arznei unter Beisetzung des Datums eingetragen und, soweit es nicht blosse Wiederholung betrifft), deutlich mit Angabe des Gewichtes jedes einzelnen Bestandtheiles ausgeschrieben und für sich besonders taxirt sein.“

Referent motivirt die Anträge sehr einlässlich in ungefähr folgendem Gedankengang:

Die uns vom Staate beliebte amtliche Taxe ist, abgesehen davon, ob sie zu niedrig oder den Verhältnissen entsprechend sei, in sofern ungerecht und auf die Länge unhaltbar, als ihr Aequivalent, der gesetzliche Schutz des patentirten Arztes durch den Staat, nicht zu derselben im Verhältniss steht. Der Schutz des patentirten Arztes von Seite des Staates ist sowohl was das Privilegium der ärztlichen Forderung, als was die Curpfuscher betrifft, mangelhaft und wird es, wie dies in der Natur der Sache liegt, je länger je mehr. Die Ungerechtigkeit der amtlichen Taxe werde um so eclatanter, je weniger der Staat seinerseits sich bemühe, dieselbe mit der Aenderung des Geldwerthes in Einklang zu bringen und fast 30 Jahre lang, wie es bei uns geschehe, die Taxordnung unverändert lasse. Daher schlage die Commission den Antrag vor, die amtliche Taxe sei im Verkehr mit den zahlenden Kranken abzuschaffen. Was Antrag 2 betrifft, so soll eine minimale Erhöhung der Armentaxe nur andeuten, dass im Ganzen und Grossen eine Erhöhung der Taxen des Jahres 1856 nothwendig sei. Diese geringe intendirte Erhöhung auch der Armentaxe würde wohl entschuldigt werden in einem Momente, wo der ärztliche Centralverein eine Casse gründe zur Unterstützung nothleidender Aerzte und der Hinterlassenen von in Armuth gestorbenen Collegen.

Was Antrag 3 betreffe, so beabsichtige er blos den, wie allgemein geklagt wird, so höchst unangenehmen und dazu noch unnütz zeitraubenden Verkehr mit den Armenpflegen dem Arzte wenigstens etwas zu erleichtern. Die rücksichtslose Behandlung, welche so viele Armenpflegen den Aerzten zu Theil werden lassen, würde durch Streichung des im Antrag citirten Passus oft verunmöglicht, ohne dass dadurch die Kranken Schaden leiden.

Discussion: Sanitätsrath Dr. *Zehnder* präcisirt die Begriffe Zwangspflicht und Patentschutz. Er ist ferner der Ansicht, dass, so lange ein Medicinalgesetz besteht, wir consequenterweise ohne Taxordnung nicht auskommen. Stellung dem Medicinalgesetz gegenüber anzunehmen, hält er für durchaus nicht angerathen, da die Stimmung gegen diese „privilegirte Kaste“ sonst nicht günstig sei. Er stellt folgenden Antrag:

Die cantonale Gesellschaft lehnt die Aufgabe einer Berathung neuer Taxen als maassgebend für den Entscheid streitiger Fälle durch die Gerichte ab und überlässt dieselbe den einzelnen Bezirks- resp. localen Vereinen.

Dagegen spricht sie, was die Armentaxen betrifft, den Behörden gegenüber

den Wunsch aus, es möchten dieselben mit dem gegenwärtigen Geldwerthe und den Verkehrsverhältnissen überhaupt in Einklang gebracht und die Rechnungsstellung zu Handen der Armenpflegen vereinfacht werden, insbesondere aber der Schlusssatz von § 7 der bez. Verordnung wegfallen.

Dr. *Wilh. Meyer:* Eine Garantie von Seite des Staates für Bezahlung existirt nicht. Bei einer allfälligen Revision des Medicinalgesetzes sollte dieser Punct grundsätzlich festgestellt werden, damit unsere Berufstreue nicht misshandelt wird.

Dr. *R. Bleuler:* durch das Bundesgesetz ist jeder Beruf frei gegeben. Unser Medicinalgesetz ist dadurch aufgehoben.

San.-Rath Dr. *Zehnder:* jedem schweizerischen Arzte ist die Ausübung des Berufes garantirt. Wenn allenfalls auch der ärztliche Beruf als Gewerbe taxirt wird, so sind noch bestimmte Maassregeln vorbehalten. Es existirt der Vorbehalt: „ausgenommen sind die Vorschriften, die das öffentliche Wohl erheischt", und hier kommt es auf die Auslegung an. Die Sache ist ja nicht so gefährlich, denn die Taxe soll nur für streitige Fälle gelten. *Z.* stellt den eventuellen Antrag, dass bei einer allfälligen Revision die Taxe den gegenwärtigen Geldwerthverhältnissen angepasst würde.

Dr. *Brunner* sen. (Küssnacht): Früher hatte der Arzt das Vorrecht bei Concursen. Der Arzt ist verpflichtet, aber nicht geschützt.

Dr. *Zweifel* will die Rechte und die Pflichten klar hingestellt wissen. Es besteht ein obergerichtlicher Entscheid, dass die Taxe ausdrücklich Minimaltaxe sei. *Z.* hält den eventuellen Antrag *Zehnder*'s für völlig genügend. Ueberdiess soll die Bestimmung über specialisirte Armenarztrechnungen gestrichen werden.

Dr. *Haab:* Dr. *Zehnder* hätte seinen Antrag in der letzten Sitzung in Küssnacht stellen sollen. Nachdem eine besondere Commission für die Taxfrage bestellt wurde, muss darauf eingetreten werden.

Dr. *Hegner* war verhindert, als Mitglied der Commission den Berathungen beizuwohnen. Er ist gegen den Antrag *Zehnder* auf Nichteintreten. Die Sanitätsdirection würde die Ablehnung als Indifferenz ansehen. Er wünscht paragraphenweises Eintreten und Abstimmung.

Die Gesellschaft beschliesst Eintreten mit allen gegen 5 Stimmen.

Artikel I: Dr. *Zehnder* beantragt den Zusatz: in streitigen Fällen ist der Entscheid nach Maassgabe der in der betreffenden Gegend gebräuchlichen Taxen den Gerichten zu überlassen.

Dr. *Hegner:* streitige Fälle gelangen an die Gerichte unter Zuziehung von Experten.

In der Abstimmung wird ein Zusatz mit 29 gegen 23 Stimmen abgelehnt.

Artikel II: Dr. *Rahn-Escher* wünscht den Zusatz über Erhöhung weggelassen.

Dr. *Zehnder* ist mit der Erhöhung einverstanden, wünscht aber, dass die geschäftsmässigen 20% milder ausgedrückt würden, etwa: den jetzigen Geldverhältnissen angepasst.

In der Abstimmung wird mit grosser Mehrheit der Artikel II mit der Fassung *Zehnder* angenommen.



Ebenso Artikel III nach Vorschlag der Commission, und es wird beschlossen, eine diesbezügliche Eingabe an die Sanitätsdirection abgehen zu lassen. —

Der Actuar legt nach 6jähriger Amtsführung seine Stelle nieder und die Gesellschaft wählt im zweiten Scrutinium zum Actuar Dr. *Hans v. Wyss*.

Die 5 in Wiederwahl fallenden Mitglieder des Comités werden mit 47 von 56 Stimmen bestätigt.

Neu aufgenommen werden: Dr. *Emil Pestalozzi* in Enge und Dr. *Carl Ausderau* in Fluntern.

Vortrag von Dr. *Theodor Brunner* in Küssnacht: Ueber Folliculärverschwärung des Dickdarms und deren Behandlung.

Bevor ich auf mein Thema eingehe, bemerke ich, dass ich keineswegs eine erschöpfende Darstellung des Gegenstandes Ihnen zu bieten gedenke, sondern lediglich die Mittheilung eines hierauf bezüglichen Krankheitsfalles.

Vorerst gestatten Sie mir ein paar einleitende Worte.

Die Follicularverschwärung des Dickdarms, eine hier zu Lande wenigstens seltenere Krankheit, ist entweder bedingt durch dysenterische Infection, oder sie entsteht im Gefolge von chronischen Dickdarmcatarrhen. Unter dem Einflusse dieser Schädlichkeiten schwellen die in der Schleimhaut des Colons sitzenden solitären Follikel erst beträchtlich an; es entstehen prominirende Knoten, die schliesslich in der Spitze aufbrechen, indem dort zuerst die Capsel des Follikels eiterig schmilzt. Der Follikel fällt dann der Necrose anheim; er zerfällt oder er wird als necrotischer Pfropf losgestossen. Die hiedurch entstehenden kraterähnlichen Geschwüre verwandeln sich in ausgedehnte Ulcerationen, wenn die eitrige Schmelzung in der Submucosa weitergreift und die einzelnen Geschwüre confluiren. Noch in diesem Stadium kann die Verschwärung heilen (falls sie wenigstens nicht zu ausgedehnt ist); indem die Ränder der Geschwüre sich an die Basis derselben anlegen, anheilen und durch Narbengewebe einander genähert, zusammengezogen werden. In diesem Falle entstehen häufig stenosirende Narben. — Die Folliculargeschwüre perforiren selten und bluten selten stark. In Betreff ihres Sitzes bemerke ich, dass angegeben wird, sie stünden am dichtesten im Rectum und der Flexura sigmoidea. Mein Fall macht hievon eine Ausnahme, wie Sie sehen werden. Dies sind in aller Kürze die wesentlichsten anatomischen Verhältnisse, wie sie längst die pathologische Anatomie klar gelegt hat. — Bei stärkerer Ausbreitung der Verschwärung und längerer Dauer der Krankheit tritt meist der Tod durch Erschöpfung ein. Letztere ist wohl am ehesten bedingt durch die chronischen Diarrhœen, welche die Verschwärung begleiten. Besonders zu beachten ist noch die Verkleinerung der resorbirenden Fläche im Dickdarm durch ausgebreitete Narben und die Mangelhaftigkeit der Aufsaugung an den Stellen, wo Geschwüre sitzen. Es resorbirt ja der gesunde Dickdarm nach *Latschenberger* und *Czerny* flüssige Eiweisslösungen, Fettemulsionen und Kleister. Ich hatte Gelegenheit, einen einschlägigen Fall während vieler Jahre zu verfolgen und will Ihnen die bezügliche Krankengeschichte kurz mittheilen.

Es handelt sich um eine nunmehr 53jährige Jungfrau, in guten Verhältnissen lebend, die, obwohl stets etwas schwach, von früher überstandenen Krankheiten nichts zu be-

richten weiss. Insbesondere war sie nie brustkrank und erweisen sich noch heute ihre Lungen als durchaus gesund. Vor circa 8 Jahren bekam Patientin ohne bekannte Ursache Durchfall mit Bauchschmerzen und Kollern im Leib. Obwohl sie damals ärztlich behandelt wurde, verloren sich diese Erscheinungen nicht bleibend, sondern sie dauerten, mit Abrechnung von meist nur Tage, höchstens eine Woche währenden, immer selteneren Pausen, durch volle 6 Jahre an, während welcher Patientin fast stets in ärztlicher Behandlung war und eine passende Diät beobachtete. All' das vermochte nicht zu hindern, dass der Zustand der Kranken sich von Jahr zu Jahr verschlimmerte. In den ersten Jahren hatte sie durchschnittlich täglich 3—4, in den späteren bis 10 Mal meist dünnen gelben Stuhl. Ganz allmälig stellte sich eine Beimischung von Schleim ein, dessen Menge sich stetig vermehrte. Derselbe war meist grau, dick, zähe, oft glasig. Klümpchen von dem Ansehen gekochter Sagokörner bemerkte ich selten. Oftmals bestund die ganze Ausleerung ausschliesslich aus Schleim und schleimigen Massen, die zuweilen ein Nachtgeschirr halb anfüllten. Ich erinnere hier daran, dass in solchen Fällen öfters die abgehenden Schleimmassen nur zum kleinern Theil eigentlicher Schleim sind, zum grössern das Product einer gestörten Amylumverdauung, wie *Virchow* nachgewiesen hat. Ich habe leider versäumt, die abgegangenen Massen in dieser Beziehung zu untersuchen. Solche schleimige Dejectionen wechselten mit wässerigen, gelben, schaumigen, stark übelriechenden und oft sauer reagirenden Stühlen. Normale Entleerungen kamen niemals mehr vor. Eiter wurde darin nie bemerkt, Blut selten und dann stets in Form rother Streifen. Die Schmerzen im Leib, die früher kolikartig aufgetreten waren, fixirten sich in der Ileocœcalgegend, wo sie stets heftiger und durch Druck gesteigert wurden. Nachher empfand die Kranke Schmerzen in weiterer Ausbreitung, dem Verlauf des Colon ascendens und transversum folgend, jedoch die linke Seite nur selten erreichend. Der Bauch war stets etwas meteoristisch aufgetrieben, eine Geschwulst wie bei Typhlitis wurde niemals gefunden. Die weitere Untersuchung der Patientin ergab stets ein durchaus negatives Resultat. Die Kranke verlor allmälig den Appetit, hatte zuweilen, aber selten, Erbrechen, niemals Tenesmus, magerte schliesslich ab und wurde schwach, so dass sie anhaltend das Bett hüten musste. — Eine Aufzählung aller der Medicamente und anderweitigen Verordnungen, die ich im Verlauf der Jahre gegen diese Krankheit in Anwendung zog, erlassen Sie mir gewiss gern, um so mehr, wenn ich Ihnen sage, dass sie fast alle gar nichts halfen, sehr wenige nur vorübergehend den Zustand zu bessern vermochten und gar keine eine dauernde Heilung erzielten. Anfangs November 1879 entschloss ich mich, durch regelmässige Anwendung von Monstreklystieren das Colon auszuwaschen, die Geschwüre rein zu halten, und damit wo möglich der Sache eine bessere Wendung zu geben. Alles sprach dafür, dass die Schleimhauterkrankung am intensivsten in der Gegend der Valvula Bauhini, im Colon ascendens und transversum sein werde; es mussten somit, um möglichst weit hinauf zu gelangen, möglichst grosse Mengen Wassers zur Verwendung kommen. Ich benutzte einen Irrigator, der so an die Wand gehängt war, dass der Wasserspiegel circa 2 Fuss über der Bettfläche stund, und der mit Gummischlauch, Quetschhahn und Darmrohr verbunden wurde. Letzteres führte sich Patientin selbst circa 6 Zoll weit ein, während sie mit stark erhöhtem Steiss und abwärts gerichtetem Kopf auf dem Rücken lag. Es ist eigentlich selbstverständlich, dass allein diese Lage eingehalten werden kann, wenn der Kranke die Irrigation selbst machen will; ebenso empfiehlt es sich, dass er gleich von Anfang an auf der Bettschüssel liege; indem einleuchtet, dass er sich mit ein paar Liter Wasser im Colon ruhig zu verhalten hat, wenn nicht die Brühe in's Bett laufen soll. Zudem fand ich, wenigstens bei meiner Kranken, dass in keiner andern Lage der Darm eine grössere Wassermenge zu fassen vermochte. Dass aber der Kranke die Irrigation selbst, und ohne Anwesenheit des Arztes besorgen könne, ist in meinen Augen bei einem solchen chronischen Leiden practisch wichtig. — 6 Monate lang machte nun meine Patientin täglich im Verlauf des Nachmittags, wenn immer möglich nach stattgehabter Stuhl- und Urinentleerung, eine Irrigation mit $2^1/_2$ Liter warmen Wassers. Während des Einlaufens des letzten halben Liters stellten sich allemal Kolikschmerzen ein, während welcher das Einfliessen vorübergehend sistirte, und Aufstossen, zuweilen Brechreiz. Liess man mehr einlaufen als $2^1/_2$ Liter, so floss dieses Plus vorweg neben dem Darmrohr nach aussen ab. — Nach Verfluss dieser 6 Monate hatte sich der Zustand wesentlich gebessert, Kräfte, Ernährung und Appetit beträchtlich gehoben. Gleich

von Anfang an verminderte sich mit dem Ausspülen der Durchfall und Schleimabgang ganz ausserordentlich, die Stühle wurden allmälig normal. Immerhin zeigten sich nach dieser 6monatlichen Cur noch etwa 1—2 Mal per Woche dünnere, öfters schleimige Dejectionen, auch war in der Ileocœcalgegend der Schmerz an einer kleinen umschriebenen Stelle noch nicht ganz gewichen. Ich hatte den Eindruck, das zur Irrigation verwendete Wasserquantum müsste, wenn möglich, gesteigert werden und liess deshalb Patientin 8 Monate hindurch die Ausspülung täglich nüchtern, ebenfalls nach stattgehabter Stuhl- und Urinentleerung, vornehmen. So vermochte sie stets 3 Liter zu fassen. Nach Verfluss dieser Zeit im Januar 1881 war die Kranke hergestellt, sie hatte wochenlang niemals Diarrhœ, auch keine Obstipation, der Schleimabgang hatte gänzlich aufgehört, ebenso die Schmerzen in der Ileocœcalgegend. Patientin ist in den letzten paar Monaten oft mit Migraine geplagt gewesen, im Uebrigen gesund, wenn auch, wie eigentlich ihr Lebtag, eher schwächlich. Die Anfälle stellen sich alle paar Wochen, oft noch häufiger ein. Die an jenen Tagen sich zeigenden dünneren Stühle, wie sie ja bei Migraine zuweilen vorkommen, haben natürlich ihre frühere Bedeutung verloren.

Trotzdem es sich hier um einen einzelnen Fall handelt, kann ich mich des Eindrucks nicht erwehren, dass die regelmässige methodisch fortgesetzte Darmausspülung bei der Behandlung der Follicularverschwärung des Dickdarms auch bei ganz hohem Sitz der Geschwüre und vermuthlich bei chronischen Dickdarmcatarrhen in die allererste Linie gehört. Es schien mir, es sei dies, bis vor Kurzem, wenigstens in den mir gerade zugänglichen Büchern, zum Beispiel dem *Ziemssen*'schen Handbuch, dem ich die Notizen der Einleitung entnommen habe, bei der Abhandlung dieses Gegenstandes nicht genügend hervorgehoben worden und erfreue sich deshalb dieses Verfahren vielleicht noch nicht der Gunst, die es in meinen Augen verdient.

Dies war die Veranlassung zu dieser Mittheilung.

Die Zeit war zu sehr vorgerückt, um den „Antrag des Comité über die Art, die Frage der unentgeltlichen Krankenpflege und Decentralisation der Krankenanstalten zu behandeln“, noch eingehend zu besprechen. Man fand es für das Richtigste, die Frage zu theilen und zwei Referenten zu bestellen, die in der Herbstsitzung der Gesellschaft zu berichten hätten, und bestellte für den ersten Theil, die unentgeltliche Krankenpflege, Dr. *Hegner* in Winterthur, für den zweiten, die Decentralisation der Krankenanstalten, Bezirksarzt Dr. *Sigg* in Andelfingen.

Dr. *Zweifel* wünschte, dass eine Frist gesetzt würde, bis zu welcher den Aerzten Gelegenheit gegeben wäre, den Referenten ihre Wünsche zu äussern. Der Antrag fand aber keine Unterstützung.

An dem Banket „auf der Meise“, das durch zahlreiche Toaste sehr belebt war, nahmen 64 Mitglieder Theil.

Der Actuar: Dr. *Wilh. v. Muralt.*

Referate und Kritiken.

Ueber Pylephlebitis suppurativa.

Von *W. J. Strehler*. Inaug.-Dissert. Zürich.

Après un historique des plus développés qui eut gagné à être raccourci, l'auteur communique 3 observations détaillées de la clinique du Prof. *Huguenin* de 1877 à 1878. Ces 3 cas sont intéressants en ce qu'ils montrent que le diagnostic de la pyléphlébite suppurative est loin d'être chose facile et que la confusion peut surtout être faite avec une gastrite aiguë ou un typhus, ou une endocardite ulcéreuse comme dans le premier

cas. Ce n'est qu'au commencement de ce siècle que l'on rencontre les premières descriptions de la maladie qui n'est pas fréquente d'ailleurs. *Strehler* n'a pu réunir que 80 cas. Les causes en sont parfois obscures. Maladie presque toujours secondaire, d'origine abdominale surtout, vu que la plupart des maladies du tube digestif et de ses enveloppes peuvent amener son développement, la pyléphlébite suppurative s'observe aussi à la suite de coups, blessures etc. Les calculs biliaires et les ulcérations du canal intestinal en sont les causes les plus fréquentes. A l'autopsie on rencontre des abcès multiples dans le foie. La pyléphlébite suppurative se termine toujours par la mort. Pas un seul cas de guérison n'a pu être obtenu, même lorsque le diagnostic avait été fixé dès les premiers développements de l'affection. Le traitement ne peut être que symptomatique.

En somme la dissertation de *Strehler*, malgré sa longueur (95 pages), sera lue avec intérêt, vu que l'auteur a pour ainsi dire épuisé son sujet et qu'il nous montre la pyléphébite suppurative sous toutes ses faces, et dans tous ses détails. Dr. *Behrens.*

Deutsche Flora.

Pharmaceutisch-medicinische Botanik. Ein Grundriss der systematischen Botanik zum Selbststudium für Aerzte, Apotheker und Botaniker.
Von *H. Karsten*, Dr. der Phil. und Med., Professor der Botanik.
Mit gegen 700 Holzschnittabbildungen. 7. Lieferung. Berlin C, 1882.
Verlag von J. M. Spæth. Preis Mk. 1. 50.

Wenn ich vor einiger Zeit beim Erscheinen der ersten Lieferungen dieses Werkes die Herren Collegen auf dasselbe aufmerksam zu machen mir erlaubte, so geschah dies in der Ueberzeugung, dass bisher keine med. Flora existirt, die in dem Umfange wie die vorliegende den Anforderungen des Arztes an ein solches Handbuch entspricht, sowohl hinsichts des eigentlich systematisch botanischen Theiles, indem die Literatur kein derartiges Buch aufzuweisen hat, welches auch auf die für die Medicin so hochinteressanten niedrigsten Kryptogamen sich erstreckte: als auch in pharmacognostischer und pharmacologischer Beziehung, da sich in demselben die neuesten pharmaceutisch-chemischen und physiologischen Erfahrungen fleissig und treu gesammelt und bei den betreffenden Pflanzen aufgeführt finden.

Dass mein Urtheil kein irriges war, das beweisen mir die inzwischen erschienenen Lieferungen des Werkes, welche das Pflanzensystem bis zu den Leguminosen und zwar bis zur Familie der Mimosaceen erläutern, und das bestätigen die Urtheile der hervorragendsten botanisch-pharmaceutisch-medicinischen Schriftsteller. Als Beweis dafür berufe ich mich auf das mir kürzlich zur Kenntniss gekommene Urtheil folgender Autoren.

Der bekannte pharmaceutisch-botanische Schriftsteller *Herm. Hager*, der Bearbeiter der preussischen und deutschen Pharmacopœen und Herausgeber des „botanischen Unterrichts" beendet in der pharmac. Centralhalle vom 16. März 1882 seine Kritik des *Karsten*schen Werkes mit folgenden Worten: „Wenn wir diese Flora besonders empfehlen, so geschieht dies aus der Zuversicht, dass diese Flora unter den botanischen Lehrbüchern sicher den ersten Rang einnimmt und dem Zwecke des Studiums ganz und voll entspricht." — *Karl Müller*, der gründlichste Kenner der Kryptogamen, der erste Bryologe unserer Zeit, der Herausgeber des Pflanzenstaates und vieler ausgezeichneter botanischer Lehrbücher sagt in Nr. 20 der von ihm redigirten „Natur" 1882: „Bisher hüteten wir uns sorgfältig, tiefer auf das Werk einzugehen, und zwar aus dem einfachen Grunde, weil es nicht gerathen schien, auf Grund von ein paar Anfangs-Lieferungen ein Urtheil zu fällen. Jetzt, mit dem Vorliegen des siebenten Heftes, ist das schon anders geworden, und gern bekennen wir, dass es sich hier um ein Werk handelt, welches nicht mit gewöhnlichem Maassstabe gemessen werden kann. Zwar ist der Kern seines Inhaltes ein floristischer, allein der Verfasser fasst diese vaterländische Floristik im grossen Style an, wie es seit langer Zeit in solcher Weise nicht mehr geschah. Wenn es sich auch zunächst um die d e u t s c h e Flora handelt, so geht der Zweck des Verfassers doch offenbar dahin, jene Flora als einen Bestandtheil der Gesammtvegetation unseres Planeten zu fassen, sie mit den Formen derselben in Verbindung, in Vergleich zu stellen. Daraus geht dann ganz von selbst hervor, was die deutsche Flora ist und nicht ist, welche Lücken sie ausfüllt oder an sich trägt. So erwirbt sich diese „Deutsche Flora" *Karsten*'s von vornherein einen cosmischen Charakter, wie sich das auch von einem Manne erwar-

ten liess, der zwölf Jahre lang vom äussersten östlichen Küstengebirge des äquatorialen Südamerika bis zu dessen Riesenhöhen botanisirend wanderte, um auf der Hochebene von Quito zu den beträchtlichsten Erhebungen des wunderbar gegliederten Festlandes empor zu steigen. Wer seine grosse „Flora Columbiæ" näher kennt, und wer, wie wir, im Besitze eines grossen Theiles seiner dort gesammelten Pflanzenschätze ist, der weiss es auch, dass dieser Mann zu den fleissigsten, umsichtigsten und kenntnissreichsten unserer heutigen Botaniker, sowohl im systematischen, wie im morphologischen und physiologischen Sinne, gehört. Selten nur vereinigen drei solcher Eigenschaften sich in einem einzigen Beobachter, und das ist es auch, was ihn und sein Werk in die vordersten Reihen stellt."

Dr. *W. Joos.*

Das Gehen des Menschen in gesunden und kranken Zuständen.

Von Dr. *H. Vierordt.* Nach selbstregistrirenden Methoden dargestellt. Tübingen, Verlag von Laupp, 1881. Mit 11 lithogr. Tafeln und 4 in den Text gedruckten Holzschnitten.

H. Vierordt benützte das Material auf der Klinik des Prof. *Liebermeister* in Tübingen, um seine Versuche über das normale Gehen auch auf das pathologische Gebiet auszudehnen. Unser Herrgott hat sehr verschiedene Kostgänger, das ist auch wörtlich genommen zutreffend. Während früher und gerade die bahnbrechenden Arbeiten der Gebrüder *Weber* zunächst darnach strebten, den Gang der Species homo sapiens nach der durchschnittlichen Schrittlänge, der durchschnittlichen Schrittdauer, der durchschnittlichen Neigung des Rumpfes, seiner verticalen Schwankung u. a. m. festzustellen, geht *H. Vierordt* darauf aus, die Gangart eines speciellen Individuums zu charakterisiren. Jene interessirte die Species, der Mensch an sich, unsern Autor vor Allem das Individuum. Fangen wir also mit Personen, und zwar mit seinem eigenen Gang an, den er in einer ausgedehnten Versuchsreihe controlirt hat. Da ergibt sich, dass seine Schrittlänge bei gewöhnlichem Gehen innerhalb ziemlich weiter Grenzen schwankt, im Maximum wie 1 : 1,4, was bei der berechneten Schrittlänge bisweilen 20 mm. beträgt. Des Weitern variirt seine Schrittlänge für jedes Bein um ein ganzes Fünftel. Bei andern Individuen stellt sich ein ähnlicher Wechsel heraus. Wir alle haben bisher geglaubt, dass der menschliche Organismus gerade beim Gehen mit einer Exactheit arbeite, die an die regelmässige Thätigkeit einer Maschine erinnere. Mit der Regelmässigkeit eines Pendels schwinge das Bein — beim Grossen weit ausgreifend, beim Kleinen umgekehrt innerhalb enger Grenzen — nun kommt ein neuer Prophet mit neuer Lehre, der zwar nicht das Gesetz aus der alten Propheten Mund für ungültig erklärt — im Gegentheil anerkennt — aber die Eigenart des Individuums in Bezug auf das Gehen in ein unerwartetes Licht setzt. An dieses auch schon von anderer Seite signalisirte Ergebniss der neuesten Untersuchungen schliesst sich in dem Buch eine Reihe von Untersuchungen über pathologische Gangarten an, z. B. über den breitspurig schleudernden Gang (Tabes dorsualis), den breitspurig spastischen Gang, den breitspurig atactischen Gang u. s. w. Die Charakterisirung ist in den Curventafeln leicht übersichtlich niedergelegt. Alle, welche sich für diese Frage interessiren, finden in dem Text und den Tabellen weiteren wünschenswerthen Aufschluss. Auf Seite 204 ist sogar — was sehr anerkennenswerth — das Preisverzeichniss der Apparate und die Firma beigefügt. Nachdem *H. Vierordt*'s Methode in ihrer Anwendung nicht allzu schwierig scheint, so wird wohl bald dieses neue Instrument physiologischer und klinischer Forschung für das Gehen zu weiteren Versuchen anregen.

Kollmann.

Michael Schüppach und seine Zeit.

Ein Beitrag zur Culturgeschichte des vorigen Jahrhunderts von *W. Fetscherin-Lichtenhahn.* Bern, B. F. Haller, 1882. 68 S. 1 Fr.

Wer hätte nicht schon den vortrefflichen Stich gesehen, der uns „Micheli" in behäbigster Rundung zeigt, wie er, hemdärmlig gegenüber der feinen Stadtdame sitzend, das Uringlas prüft? Nicht gerade sehr kritisch objectiv, sondern etwas enthusiastisch begeistert, aber historisch getreu schildert uns *W. F.* den s. Z. so weltberühmten Arzt, der sich, hoch über dem Stand gewöhnlicher Pfuscher erhaben und durch fleissiges Lesen und Sectionen vorbereitet, mit Hülfe seiner scharfen Beobachtungsgabe und seiner Menschenkenntniss eine ganz enorme Praxis, den Afflux sogar regierender Fürstlichkeiten



erworben hatte. Seine Zeitgenossen *Alb. v. Haller*, *Tissot*, *Zimmermann* u. s. w. stunden nicht mit ihm in persönlicher Verbindung oder besuchten ihn nur miraculi causa. *Schüppach*, dessen Charakter all' die Ovationen ohne Schädigung ertrug, und der sich auf dem Gipfel fast abgöttischer Verehrung die Einfachheit seiner Sitten und die active Theilnahme für die Armen behielt, erregt unsere Achtung. Wir verzeihen ihm gerne einige charlatanmässige Auswüchse und achten seine Talente und seine Tugenden. *A. Baader.*

Die erste Hülfe bei plötzlichen Unglücksfällen.

Ein Leitfaden für Samariterschulen in 5 Vorträgen von Prof. Dr. *Friedr. Esmarch.* Leipzig, F. C. W. Vogel, 1882. 81 S. Gebunden.

Der erste Vortrag bringt Bau und Function des menschlichen Körpers, die zwei folgenden die Verletzungen und ihre Behandlung durch den Laien, der vierte Erfrierung, Asphyxie, Ohnmacht, Vergiftung und ihre Behandlung, der letzte den Transport und eine Anleitung zu „Samariterübungen".

Dass das Alles in excellenter Weise geboten wird, war von dem wissenschaftlich so hoch und practisch so vielseitig und erprobt gebildeten Verfasser nicht anders zu erwarten.

Für unsere neu gebildeten und im Aufstreben begriffenen Sanitätsvereine passt das Büchlein ganz vorzüglich. *A. Baader.*

Cantonale Correspondenzen.

Graubünden. St. Bernhardin. Unter den Curorten, die durch die neueröffnete Gotthardbahn einem grossen Theil der Schweiz nunmehr leichter zugänglich geworden sind, dürfte St. Bernhardin berufen sein, eine hervorragende Stelle einzunehmen. Während bisher für uns nur der Weg über Chur in Frage kam, der immerhin eine Postfahrt von 11 Stunden beanspruchte, wird jetzt St. Bernhardin bequemer von Bellinzona aus (in 7 Stunden per Post) erreicht; zur Rückfahrt braucht man nur 4½ Stunden. —

Nachdem ich 4 Wochen in diesem herrlichen Orte zugebracht und auf verschiedenen Kreuz- und Quergängen die Umgebungen desselben durchwandert habe, dürfte es mir erlaubt sein, meinen Herren Collegen Einiges über San Bernardino mitzutheilen.

St. Bernhardin liegt 1614 Meter über dem Meere, am südlichen Abhang des Bernhardinpasses und ist zugleich das letzte Dörflein des italienisch sprechenden Misoxerthales. Auf einem Plateau von circa 2 Kilometer Länge und Breite gelegen, umgeben von schattigen Tannenculturen mit prächtigen Weiden bietet der Ort auch für den, der grössere Bergpartien verschmäht, eine Reihe müheloser lohnender Spaziergänge, so zum stillen Lago d'Osso, zum Campo dei fiori, zum Moësawasserfall etc. etc., Gänge, die beinahe kein Steigen beanspruchen. Die reiche Alpenflora, speciell die in unmittelbarster Nähe des Dorfes massenhaft wachsende Alpenrose, erhöhen den Reiz dieser Wanderungen; ½ Stunde östlich, auf den durch Kalkfelsen coupirten Weiden des wilden Val Vignone, wächst das Edelweiss in einer Quantität, die wohl kaum an einem andern Orte in solch' müheloser Weise zu erreichen sein dürfte.

Das Thal ist eingerahmt durch schroffe Gebirgsformationen, welche in malerischem Aufbau durch Bergspitzen sich vom Horizonte abgrenzen, die durch ihre schönen Formen dem Bilde seinen eigenthümlichen Reiz verleihen.

Oestlich der Piz Uccello mit seiner rechtwinklig abfallenden steilen Kante, westlich des Piz Confino (Zuckerhut nennen ihn die Bernhardiner), bizarre Formen, die einem vergeblich reizen, Erinnerungsbilder ähnlicher Constellationen sich zu reproduciren; dann auf der Südseite des Val Vignone der Piz della Lumbreda, Piz Mutun, Piz Curciusa mit den blendenden Schneefeldern seines Gletschers; südlich vom Zuckerhut der riesige Kegel des Piz Rotondo, dazwischen die einsamen Pässe dei 3 nomini und Passo dei Passeti, welche beide hinüberführen in's wilde, hochromantische Val Calanca auf Alpe di Stabbio.

Nördlich im Zickzack, in etwa 12 Windungen ansteigend, führt die Poststrasse in 1½ Stunden zur Passhöhe des Bernhardins, dem Berghaus am malerischen See, der Wasserscheide des Rheins und Tessins.

Während nun von allen Seiten diesseits der Alpen von Regen und Regenwetter in



Briefen und Zeitungen gejammert wurde, haben wir in St. Bernhardin hievon nichts gespürt. Kaum 1—2 Mal im Verlaufe von 4 Wochen hat es kurze Zeit geregnet, nie einen halben Tag; hingegen fehlte auch meist der wolkenlose blaue Himmel, es fehlte das eigentliche Bergwetter, so dass mir dieses Jahr Nebel und Schnee mehrere schöne Bergpartien arg verdorben haben.

Ich gebe hier die Temperaturen, wie sie im Hôtel Brocco aufgezeichnet worden sind, wobei ich nochmals an den exceptionellen Sommer erinnere, und somit bitte, diese Zahlen nicht etwa als Mittel mehrerer Jahre auffassen zu wollen.

1882.	Vormittags 7 Uhr.	Mittags 1 Uhr.	Abends 9 Uhr.
Juli 10.	+ 5	+ 13	+ 7
„ 11.	+ 5,5	+ 14,5	+ 9,5
„ 12.	+ 7	+ 13	+ 9
„ 13.	+ 8,5	+ 15	+ 9,5
„ 14.	+ 10	+ 18	+ 9
„ 15.	+ 11,5	+ 19	+ 15
„ 16.	+ 12	+ 17,5	+ 13
„ 17.	+ 13	+ 18,5	+ 13,5
„ 18.	+ 13	+ 19,5	+ 13,8
„ 19.	+ 13,7	+ 20	+ 13
„ 20.	+ 16	+ 22	+ 16,5
„ 21.	+ 15	+ 21,5	+ 13,5
„ 22.	+ 14	+ 20,5	+ 13
„ 23.	+ 13	+ 15	+ 14
„ 24.	+ 12,5	+ 15	+ 10,5
„ 25.	+ 4	+ 11	+ 7
„ 26.	+ 12	+ 15	+ 9
„ 27.	+ 7,5	+ 10	+ 8,5
„ 28.	+ 7	+ 14	+ 9,5
„ 29.	+ 8	+ 12,5	+ 8
„ 30.	+ 9,5	+ 12	+ 7,5
„ 31.	+ 8	+ 14	+ 10
August 1.	+ 10	+ 18	+ 11,5
„ 2.	+ 10,5	+ 15	+ 10,5
„ 3.	+ 9	+ 16	+ 11,5
„ 4.	+ 10	+ 16	+ 12
„ 5.	+ 9	+ 13	+ 8
„ 6.	+ 8,5	+ 15	+ 10
„ 7.	+ 7,5	+ 14	+ 10
„ 8.	+ 10	+ 16	+ 10
„ 9.	+ 10,5	+ 17	+ 11

Morgens wehte fast immer ein frischer Nordwind (angeblich untrügliches Zeichen guten Wetters!), Abends hinwiederum nach Sonnenuntergang kam ein warmer Südwind das Thal herauf; eigentlich windstill war es auch Nachmittags selten. —

Was nun die Eisenquelle betrifft, der St. Bernhardin seinen grossen Ruf verdankt, so bemerkt darüber der Curarzt Dr. *Geronimi* in seiner Brochure:

„Bernhardin ist entschieden zu den stark eisen- und kohlensäurehaltigen Gypsquellen mit hervorstechendem Gehalt an schwefelsaurer Magnesia und bemerkenswerthen Mengen von schwefelsaurem Natron sowie kohlensaurer Magnesia zu zählen. Sie reiht sich, abgesehen vom Gypsgehalte, sehr nahe an unser berühmtes St. Moritz, an Schwalbach und Pyrmont an. Im Eisengehalte übertrifft sie um etwas die St. Moritzer alte Quelle, erreicht dagegen nicht ganz denjenigen der neuen. An sogenannter freier Kohlensäure steht sie obigen beiden nach; ebenso fehlt ihr das kohlensaure Natron, während Bernhardin Gyps besitzt. An die Stelle der schwefelsauren Alcalien der ersteren tritt bei St. Bernhardin das Bittersalz.

Pyrmont wird von unserer Quelle in allen Bestandtheilen übertroffen, nur ist jenes um ein Geringes reicher an Chlornatrium.

Wenden wir uns nun zu ihren eigentlichen Collegen, den Gypsquellen, so stehen für

die Schweiz Gurnigel und Leuck obenan. Die Gurnigel-Quellen werden von St. Bernhardin an allen Bestandtheilen namhaft übertroffen, besonders an Eisen und Kohlensäure; dagegen fehlt bei St. Bernhardin der Schwefelwasserstoff. Ebenso übertrifft unsere Quelle diejenige von Leuck sehr bedeutend an allen Bestandtheilen, vorwaltend wieder an Eisen- und Kohlensäure."

Die Temperatur beträgt 7° R., die Menge 13848 Cub.-Ctm. pr. Min. = 9,2 Maass. Die geringe Menge des Mineralwassers erlaubt dessen Gebrauch zu Bädern nicht und wird dasselbe lediglich zum Trinken und zum Versandt benützt, indem gerade dessen abführende Wirkungen bei relativ hohem Eisengehalt demselben gewisse Vortheile vor andern Eisen-Wässern verleihen. Die Quelle ist beinahe den ganzen Tag umlagert, und es contrastirt die vorsichtige Weise, mit der die Deutschschweizer Trinkcuren anstellen, in enormer Weise mit dem Trinken der Italiener. Viele kommen herauf mit dem Plan, 200 Gläser Wasser verschlingen zu müssen und bestreben sich nun, in der kürzesten Frist die Cur abzuwickeln. Morgens nüchtern, über Tisch, nach dem Essen, Abends und als Schlaftrunk immer drauf los muss getrunken werden, selbst auf den Spaziergängen begegnet man Flaschen schleppenden Curanden, die glauben, mit der Quantität des genossenen Wassers am raschesten und am sichersten die Krankheit aus dem Felde zu schlagen.

Dr. *Geronimi* sagt zwar in seiner Brochure: „Die Dosis des Wassers ist je nach der Krankheit eine sehr ungleiche: man beginnt mit 1—3 Gläsern und kann bis auf 8 und noch mehr Gläser steigen, um gegen Ende der Cur mit der Dosis wieder allmälig zu fallen. Uebrigens wird es in den meisten Fällen sehr rathsam sein, über die Dosirung des Wassers sich beim Arzte Rath zu holen." Von diesem Rathe scheint aber der Nachsatz als Luxus aufgefasst zu werden, und nur die Worte „8 und noch mehr Gläser steigen" wirken wie ein Orakelspruch auf den für seine Genesung sich durchwässernden Südländer. Eine Dame aus Como trank fröhlich ihre 22 Glas per Tag; wie es ihr bekam, werden wir aus ihrem Munde wohl nie erfahren; ein Herr, der vor einigen Jahren auf 46 Gläser per Tag sich heraufgearbeitet hatte, trotz des dringenden Abrathens des Arztes, erlag einer Apoplexie. Wer weiss, ob er nicht mit der festen Ueberzeugung in's Grab stieg, er habe doch zu wenig getrunken!

Es fehlt hier eine energische Quellendirection, die derartigen Excessen, welche die so wohlthätige Quelle nur discreditiren, einen Riegel schiebt und die eben alle über das Maass hinausreichenden Begehrlichkeiten an eine schriftliche Erlaubniss des Curarztes knüpfen sollte.

St. Bernhardin besteht eigentlich nur aus einigen stattlichen Gasthöfen mit ihren Dependenzen und wenigen ärmlichen Hütten der Einwohner, deren männlicher Theil sich aber im Sommer meist auf höher gelegenen Alpen aufzuhalten pflegt.

Hôtel Brocco, in dem ich wohnte, ist sehr empfehlenswerth, Zimmer und Betten sehr reinlich, Verpflegung sehr gut (nach italienischer Weise zubereitet). Das Frühstück mit Schinken, warmem Fleisch etc. etc., Mittagessen copiös, Nachtessen frugal; Wein in genügender Menge und guter Qualität wird nicht berechnet. Die Flaschenweine sind billig (2—3 Fr.) und von einer Güte, wie wohl wenige Schweizer Gasthöfe selbst zu höheren Preisen sie zu bieten in der Lage sind; auch der Kaffee ist sehr rein und wohlschmeckend und contrastirt wohlthätig mit jenem Getränk gleichen Namens, das in Bellinzona mir im Hôtel war vorgesetzt worden.

Die Preise sind ca. 7—9 Fr. Die Italiener dejeuniren um 10 und diniren um 5 Uhr, die Tessiner und die deutschen Schweizer diniren um 1 Uhr und soupiren um 7½ Uhr. Auf der Höhe der Saison mögen circa 250 Personen an den beiden Tischen im Hôtel Brocco gespeist haben.

Wie nun nichts Vollkommenes unter der Sonne, so hat das Hôtel Brocco auch seine Schattenseiten. Erstens sind die Abtritte nicht auf der Höhe der jetzigen Ansprüche und wäre es sehr indicirt, wenn Herr Brocco die stillen Wintermonate dazu benützen würde, die Verbesserungen hier anzubringen, die wir Deutschschweizer billiger Weise in einem grossen Hôtel als selbstverständlich voraussetzen, dann sind die Corridors, Veranda, Kaffeezimmer etc. etc. immer in einer Weise mit Sputis bedeckt, dass man Mühe hat, sich an einen solchen uns ungewohnten Anblick zu gewöhnen.

Ich weiss wohl, dass die „Brissago-Cigarren" die Eigenschaft haben, die Speichel-

drüsen zur Secretion zu zwingen, aber dass, was im Freien erlaubt im Zimmer es selbstredend auch sei — dazu gehört eben italienische Naivetät.

Ich würde in 8 Tagen hier Ordnung schaffen; erstens müsste eine reiche Zahl von Spuckkistchen placirt werden, dann würde ich einen Menschen anstellen, der keine andere Instruction hätte, als permanent mit einem nassen Lappen die Sputa abzuwischen. Wenn anfangs eine derartige unerhörte Kühnheit den gegentheiligen Effect auslösen würde, so dürfte doch in Zeit von 8 Tagen der Erfolg erreicht sein. Wenn dann auch einige Italiener entrüstet abreisen würden, dafür kämen Andere, Reinlichere, und Herr Brocco könnte bald trockenen Fusses die weiten Räume seines Hôtels durchwandern.

Die Bedienung ist im Hôtel Brocco eine sehr aufmerksame; Frln. Brocco und der erfahrene Kellermeister Signore Christian sprechen sehr gut deutsch, so dass auch für nicht italienisch oder französisch redende Curgäste vollkommen gesorgt ist.

Gegenüber dem Hôtel Brocco befindet sich ein kleines Caféhaus, in dem der freundliche und zuvorkommende Quellenpächter Herr Antogini auch ein gutes Churer Bier ausschenkt. Die Italiener scheinen keine grossen Freunde von Bier zu sein und ziehen die diversen Magenbitter und Liqueure demselben vor.

Von anderen Gasthöfen nennen wir Hôtel Ravizza, gleichfalls sehr gerühmt, jedoch ausschliesslich von Italienern bewohnt, Hôtel Menghetti, besonders von der kath. Geistlichkeit besucht und Hôtel Bellevue mit sehr schönem Blick in's Thal hinunter.

Was nun die Postverbindung mit St. Bernhardin anbetrifft, so nahm sie dieses Jahr wenig Rücksicht auf die vom Gotthard her ankommenden oder dahin abreisenden Passagiere.

Der Tagesschnellzug trifft 3 Uhr 43 in Bellinzona ein, die Post fährt jedoch erst Nachts 11 Uhr 50 hier ab, um 7 Uhr früh in Bernhardin einzutreffen. Die Morgens 7 Uhr in Bernhardin abfahrende Post trifft 11 Uhr 30 in Bellinzona ein, während der Luzernwärts fahrende Gotthardschnellzug 10 Uhr 40 hier schon durchfährt. Nur der um 4 Uhr 55 Abends in Bernhardin abfahrende Postwagen, der 9 Uhr 25 Abends in Bellinzona eintrifft, hat an den Nachts 11 Uhr 30 hier anhaltenden Gotthardschnellzug ziemlich directen Anschluss. Um 4 Uhr 45 Mittags traf täglich die Morgens 5 Uhr 20 in Chur abfahrende Bernhardinpost ein.

Die Gesellschaft in St. Bernhardin ist vorläufig beinahe ausschliesslich italienisch; nur im Hôtel Brocco waren noch einige deutschschweizerische Familien; es steht aber zu erwarten, dass die Vorzüge dieses Curortes, der durch die Gotthardbahn uns nun näher gerückt ist, dieses Verhältniss bald etwas verschieben werden.

Dann würden wohl die Italiener nothgedrungen eine Untugend ablegen müssen, die ich glaube hier nicht verschweigen zu sollen, es ist das die Unverfrorenheit, mit der der Satz „Naturalia non sunt turpia!“ in's Practische umgesetzt wird. Verblüfft und indignirt sieht man hier diese Herren, trotzdem in unmittelbarster Nähe Abtritteinrichtungen angebracht sind, die kaum benützt werden, neben der Trinkhalle oft gruppenweise mit grösster Ungenirtheit der diuretischen Wirkung des Wassers ihren Tribut zollen, ja wohin das Auge schweift, seien es eidg. Telegraphenstangen oder Mauern irgend welcher Construction, überall und zu allen Tageszeiten sieht man Italiener stehen, die an ihrer Diurese sich zu erfreuen scheinen.

Ich trug mich Anfangs mit dem Gedanken, durch einige Affichen an den beliebtesten Orten die Herren an die Anwesenheit von Abtritten zu erinnern, aber man bewog mich, diesen naiven Plan lieber nicht auszuführen.

Freilich auf Reisen nimmt man eben in Kauf, was sich nicht wohl ändern lässt. Bernhardin vereinigt eine solche Fülle von landschaftlichen Schönheiten und unübertroffenen Annehmlichkeiten, dass wir froh sein dürfen, einen solchen Curort in der Schweiz zu besitzen.

Hoffen wir, dass es dem Einfluss zahlreicher sich im Sommer dort einnistender Deutschschweizer gelinge, den Verbesserungen Bahn zu brechen, die wir in diesen Zeilen offen dargelegt haben, und denen wir den bescheidenen Wunsch nach einigen in den Wäldern angebrachten Wegweisern und Bänken beifügen möchten.

Collega Dr. *Geronimi* möchten wir speciell bitten, in der angegebenen Richtung nach Kräften zu arbeiten — San Bernardino der Zukunft wird ihm dann noch zu viel mehr Dank verpflichtet sein, als es ihm heute schon schuldig ist. *Burckhardt-Merian.*

Wochenbericht.

Schweiz.

— **Fünfundsechzigste Jahresversammlung der schweizer. naturforschenden Gesellschaft.** Vom 11. bis zum 14. September wird die schweizerische naturforschende Gesellschaft in Linthal (Stachelberg) ihre diesjährige Zusammenkunft abhalten. Der Jahresvorstand ladet die Herren Naturforscher zu zahlreichem Besuche ein mit den Worten: „Was wir an Schönem und Grossartigem Ihnen aufzuweisen haben, das sind liebliche Wiesen, schäumende Wasserfälle, hochragende Felsen, schimmernde Gletscher. Auf verschiedenen, an Abwechslung und Scenerie reichen romantischen Pässen gelangen Sie von Linthal aus nach den Cantonen Schwyz, Uri und Graubünden, im Osten an dem majestätischen Hausstock vorbei nach Elm, jenem friedlichen, durch den grossen Bergsturz vom 11. September a. p. so traurig berühmt gewordenen Dorfe des Sernftthales. Auf diesen Wanderungen in unsern Bergen treffen Sie Namen von gutem Klange, welche Sie mit Stolz die Ihrigen nennen." Die Festtheilnehmer haben sich bis spätestens den 1. September anzumelden. Zugleich wird auch das Programm veröffentlicht:

Montag, den 11. September, Nachmittags: Sitzung der vorberathenden Commission in Stachelberg, Empfang der Gäste daselbst, Austheilung des Specialprogramms, der Festkarten und Quartierbillets. Dienstag, den 12. September, Vormittags: 1. Hauptversammlung. Nachmittags: Banket, Spaziergang. Mittwoch, den 13. September: Sectionssitzungen, II. Banket, Spaziergang. Donnerstag, den 14. September: 2. Hauptversammlung, bei günstiger Witterung gemeinschaftlicher Ausflug nach Elm und Verabschiedung in Schwanden.

Vor der Versammlung in Linthal werden die Feldgeologen zusammenkommen, um nach folgendem Programm Excursionen zu machen: Zusammentreffen der Excursionstheilnehmer Freitag, den 8. September, Abends, im „Adler" in Schwanden (Canton Glarus).

— **Leitender Ausschuss für Medicinalprüfungen.** An Stelle des zurücktretenden Herrn Dr. *Recordon* in Lausanne wird als Mitglied des leitenden Ausschusses für die eidgenössischen Medicinalprüfungen Herr Prof. Dr. *F. A. Forel* in Morges ernannt.

— **Zur Behandlung der Diphtheritis.** Die Behandlung der Diphtheritis erfährt in neuer Zeit von verschiedenen Seiten her eine Modification, deren Prüfung von einigem Interesse sein dürfte; es ist das die Behandlung der Diphtheritis mit Fomentationen in einem bestimmten Stadium ihres Verlaufes. — Ein Theil unseres medicinischen Publicums kennt und will allerdings nur die Befolgung des Dogmas: Eis äusserlich und innerlich und wieder Eis nebst Anwendung irgend welcher desinficirender oder adstringirender Flüssigkeiten. So kommt es, dass oft sehr berechtigte Neuerungen grundlos bei Seite geschoben werden; recht ketzerisch und bannfluchwürdig klingt es, die Diphtheritis in einem bestimmten Stadium ihres Verlaufes mit Fomentationen zu behandeln; dass aber dieses Verfahren ein durchaus berechtigtes ist, möge aus Folgendem ersichtlich sein:

Therapeutische Studien lassen sich um so genauer ausführen, je leichter die Krankheitsproducte dem Auge des Beobachters zugänglich sind. — An welcher Schleimhaut ist das bei der croupös-diphtheritischen Erkrankung der Fall? — An der Conjunctiva. Wir haben für Diphtheritisbehandlung ein Paradigma, wie wir es uns kaum besser wünschen könnten; erkrankt nämlich die Bindehaut des Auges diphtheritisch, so können wir mit grösster Leichtigkeit den ganzen Process verfolgen, die nützlichen oder schädlichen Einwirkungen therapeutischer Eingriffe sofort beurtheilen und wichtige Schlüsse für die Behandlung des croupös-diphtheritischen Processes im Kehlkopf ziehen, die auch der geübteste Laryngologe mit seinem Spiegel nicht zu Tage fördern wird. — Nun, wie behandeln denn eigentlich die Ophthalmologen ihre conjunctivale Diphtheritis?

Mit einem nicht zu verkennenden Sarcasmus steht in einem der neuesten Handbücher für Augenheilkunde (Handb. d. A. von Prof. Dr. *E. Meyer*, Paris) über die Behandlung der diphtheritischen Conjunctivitis Folgendes zu lesen: „Man beginnt nach den Regeln der Schule die örtliche Behandlung mit Auflegen eines Eisbeutels auf das Auge oder mit Eisumschlägen etc. Neuerdings hat man die diphtheritische Conjunctivitis gleich von Beginn an mit continuirlichen w a r m e n U m s c h l ä g e n einer desinficirenden Flüssigkeit

zu behandeln angefangen, und so befriedigende Resultate erzielt, dass diese Behandlungsmethode weiterer Nachahmung dringend empfohlen werden darf." — In ähnlichem Sinne sprechen sich auch andere erst vor Kurzem erschienene Handbücher für Augenheilkunde aus. — Sollten wir hieraus keine Analogien für die Behandlung der gleichen Affection der Kehlkopfschleimhaut ziehen dürfen? Wir glauben, ja gewiss.

Es würde uns zu weit führen, auf theoretische Erörterungen und Erklärungen einzugehen, die sich jeder selbstständig und vorurtheilsfrei Denkende leicht wird abstrahiren können; nur andeutungsweise so viel, dass bei starker Infiltration die Blutleere hochgradig ist und dass ein weiteres Herabsetzen der Circulation und localen Temperatur nur schädlich wirken kann.

Etwas anders scheinen die Verhältnisse bei Beginn der Diphtheritis in den Rachenorganen zu sein, und versuchen wir durch ein Herabsetzen der Circulation vermittelst Kälte ein Uebergreifen auf die Kehlkopfgebilde zu vereiteln; daneben Kali chloric. und tägliches Entfernen der diphtheritischen Auflagerungen vermittelst in Kali chloricumlösung getränkter Charpiebäuschchen; durch die erwähnte Lösung werden die von der Diphtheritis gereinigten Stellen sofort desinficirt. Geht aber gleichwohl der Process auf den Larynx über, wo derselbe ja mehr croupösen Charakter annimmt, dann versuche man durch vermehrte Circulation eine schnellere Auswanderung weisser Blutzellen und eine dadurch bewirkte Auflockerung der Pseudomembranen herbeizuführen; man cataplasmire und lasse warme Wasserdämpfe inhaliren. Ist dann die Tracheotomie nöthig oder nicht, so wird in jedem Fall die Herausbeförderung der Pseudomembranen eine leichtere sein.

Der Schreiber dieses, der den günstigen Verlauf der conjunctivalen Diphtheritis unter der Anwendung der bei den Ophthalmologen in der Neuzeit beliebt gewordenen, oben erwähnten, therapeutischen Methode öfters gesehen hat, glaubte die für die Behandlung der erkrankten Kehlkopfschleimhaut resultirenden Schlüsse zu weiterer Prüfung mittheilen zu sollen.

Basel, 12. Juli 1882. *Beck.*

Appenzell A.-Rh. Der Kantonsrath hat beschlossen, eine Strafklage wegen Amtsehrverletzung einzuleiten betreffend einen injuriösen Artikel der „App. Ztg.", betitelt: „Achtung, Appenzellervolk, auf das Gesetz über das Gesundheitswesen", in welchem Artikel wiederholt der von der Sanitätscommission ausgearbeitete und vom Kantonsrath vor die Landsgemeinde gebrachte Gesetzentwurf als eine „Erschleichung des Medicinalzwanges im vollsten Sinne des Wortes", „Erschleichung des Volkswillens" bezeichnet und schliesslich gesagt wird: „Darum, Appenzellervolk, verwirf am Sonntag das Gesundheitsgesetz, das dir auf schlaue Weise die Freigebung der ärztlichen Praxis wegstiehlt und dich den patentirten Aerzten als einfältige Taube zum Rupfen überliefern will." Der Regierungsrath erblickt in diesen Ausdrücken eine Beschimpfung und Amtsehrverletzung gegenüber denjenigen Behörden, welche in guten Treuen jenen Gesetzesentwurf berathen und in die Landsgemeindetractanden aufgenommen haben und gab in diesem Sinne dem Kantonsrathe Kenntniss, mit dem Beifügen, dass von der Redaction der „App. Ztg." als Einsender des beklagten Artikels genannt worden sei Johann Baptist Breitenstein von Bettwil, Kanton Aargau, unpatentirter Arzt in Stein. Wir freuen uns, dass eine Behörde für die beschimpften Aerzte, welche auf Wunsch und Befehl jener ihre Bürgerpflicht ausgeübt haben, nun auch einsteht und empfehlen dieses ehrenwerthe Benehmen andern Behörden zur Nachahmung.

Bern. Von den belehrenden Volksschriften von *J. Füri*, Arzt in Bümplitz, ist kürzlich Nr. 3 erschienen: das Schlafen mit offenem Fenster. Es wird darin populär auseinandergesetzt, dass die Nachtluft durchaus nicht schädlich sei, und dass ein mässiger Zutritt der Nachtluft in die Schlafzimmer über die Sommermonate sich empfehle. Die Schrift darf von den Aerzten den Clienten empfohlen werden. Preis 60 Cts.

D. B.

Ausland.

Deutschland. Einen neuen Beitrag zur alten Frage, ob die menschlichen **Ascariden** den gesunden Darm durchbohren können oder nicht, bringt Dr. *E. Marcus* im deutschen Archiv für klinische Medicin. Ein Kind von 13½ Jahren

starb im Verlaufe von 7 Tagen an den Symptomen einer perforativen Peritonitis. Bei der Section fand sich in der Pars descendens duodeni eine längliche, sämmtliche Häute gleichmässig durchbohrende Perforation von etwa 6 mm. Länge und 1—2 mm. Breite, deren Umgebung durchaus keinen Schluss auf entzündliche oder ulceröse Veränderungen erlaubt. Zwischen den Darmschlingen, welche zum Theil durch eine eitrige Peritonitis verklebt waren, fanden sich 3 grosse Spulwürmer. Prof. *Perls*, dem das Präparat unterbreitet wurde, hält die Darmperforation in diesem Falle unzweifelhaft für ascaridophag.

— Prof. *A. Herzen* studirte den Einfluss der **Borsäure** auf verschiedene Gährungen und kam zu folgenden Ergebnissen: „1) Die Umwandlung des Stärkemehles in Glucose durch Speichel oder Pancreassaft wird durch Borsäure, selbst in gesättigter Lösung nicht beeinflusst.

2) Die Umwandlung der Glucose in Alcohol wird, selbst durch wenig Borsäure begünstigt, z. B. gährt Most schneller und liefert einen alcoholreichern Wein.

3) Die Umwandlung des Alcohols in Essigsäure wird durch sehr kleine Dosen Borsäure verhindert; borisirter Wein schlägt absolut nicht in Essig um."

Ferner wird die Umwandlung von Albumin und von Fibrin in Pepton und in Trypton mittels Pepsin oder Trypsin beschleunigt, wenn Mundschleimhaut oder Pancreas mit gesättigter Borsäurelösung infundirt wird, ohne dass dieser Process auf die Säurung an sich zurückgeführt werden könnte. Auch wird jede Fäulniss durch Borsäure absolut verhindert; so können Pancreas und Fleisch monatelang conservirt werden mittels Borsäureinfusion oder -injection. Diese Entdeckungen rufen wieder von neuem zur Lösung des alten Räthsels von der Einwirkung der organisirten Fermente bei der alcoholischen, essigsauren und fauligen Gährung. *D. Bernoulli.*

— **Taxis.** Dr. *W. Finkelstein* in Jassi publicirt seine Therapie der eingeklemmten Brüche. „Das Verfahren damit ist ein sehr einfaches. Ich lege den Kranken in die gewöhnliche Rückenlage, mit an sich gezogenen Beinen, schiebe bei Inguinalhernien unter den Hodensack ein kleines Pölsterchen oder sonst was und giesse ohne bestimmtes Maass $^1/_4$stündlich ca. 1—2 und auch mehr Esslöffel Aether auf die prall gespannten Umhüllungen der eingeklemmten Hernie und lege dann ein 3—4fach zusammengelegtes Tuch darüber. Nach 3—4maligem Begiessen wurde die vorgefallene Darmschlinge mobil und glitt, wie schon gesagt, von selbst durch die Bruchpforte in die Bauchhöhle; wo dies nicht von selbst geschah, machte ich leichte Repositionsversuche, und die Reposition gelang, wie schon bemerkt, in 54 Fällen von 63."

Um das Brennen zu mildern, gibt *F.* auf 100,0 Aether sulf. 20,0 Ol. hyosc. Der Aether wird aufgegossen, nicht aufgetröpfelt.

„In meiner 11jährigen ärztlichen Thätigkeit habe ich 63 Fälle von eingeklemmten Hernien in Behandlung gehabt. Von diesen gelang mir bei 5 die Taxis, bei 58 habe ich die locale Aetherisation in Anwendung gebracht; 54 Mal war die Aetherisation von Erfolg, 4 Mal negativ. Von den 4 negativen wurden 2 im hiesigen israelitischen Spital operirt, 2 starben ohne Operation (1 Frau mit kindskopfgrosser Nabelhernie, 1 Mann mit noch grösserer doppelter Inguinalhernie; bei beiden war die Hernie auch im nicht eingeklemmten Zustand nicht ganz reponirbar).

Dem Geschlechte nach vertheilen sich die 63 Hernien auf 3 Frauen und 60 Männer. Dem Orte nach waren es 2 haselnussgrosse Magenhernien (Männer), 3 Nabelhernien (Frauen), 48 Inguinalhernien (1 Frau, 47 Männer), 10 Schenkelhernien (Männer)."

„Zum Schlusse bemerke ich noch, dass ich meine Behandlung wirksamer fand, wenn man nicht zu viel Zeit mit der Taxis verliert, sondern Aether möglichst bald nach geschehener Einklemmung anwendet. Das Warum ist leicht begreiflich. Wenn die Einklemmung länger anhält, wird der Darm paralytisch und verliert die Fähigkeit, sich zusammenzuziehen und zu peristaltischen Bewegungen zu führen. Daher die Chance eine verminderte oder auch vereitelte.

Unter den 63 Fällen, die ich in Behandlung hatte, präsentirte sich mir kein einziger Fall von Vorfall blos des Netzes; ich halte bei reinen Netzvorfällen die Aetherisation für unwirksam; ferner bei Hernien, wo die Umhüllungen des eingeklemmten Darmes stark verdickt sind, als schwerer wirksam, als in gewöhnlichen Fällen."

(Berl. klin. Wochenschr. Nr. 30.)



— **Heilung von Warzen und Feigwarzen ohne Schnitt und Aetzung** (Monatsh. für pract. Dermatol. 1882, Nr. 3). *Unna* verwendete früher gegen spitze Condylome ein 5—10% Arsenik enthaltendes Unguent. cinereum, welches sich dadurch auszeichnet, dass es wohl die Warzen, nicht aber die gesunde Haut angreift. Neuerdings überzeugte er sich von der Wirksamkeit dieser Verordnung bei ganz gewöhnlichen Warzen, wie sie oft haufenweise bei jüngeren Leuten auftreten (Verrucæ aggregatæ Plenck). Ein junges Mädchen, welches er vor zwei Monaten mit etwa hundert, sich noch täglich vermehrenden Warzen beider Handrücken in Behandlung nahm, erhielt versuchsweise ein Pflastermull, mit dem Tag und Nacht die ganzen Hände eingewickelt wurden, der auf 1/5 □Meter 10,0 grmm. Arsenik und 5,0 grmm. Quecksilber enthielt. (Also auf 1 □Cm. 0,005 grmm. Arsenik und 0,0025 grmm. Quecksilber.) Schon nach einigen Tagen waren die meisten Warzen flacher, einige weissgelblich verfärbt, nach zwei Wochen fast sämmtliche Warzen verschwunden, während die gesunde Haut durchaus nicht gereizt war. *U.* empfiehlt diese Behandlung noch besonders bei den Verrucæ aggregatæ des Gesichtes.

— **Depilatorium.** Zur Entfernung unangenehmer Haare (Bartwuchs bei Damen, Muttermale etc.) empfiehlt sich neuerdings *Boudet's* Depilatorium. Rp. Natrii hydrosulfurati 3,0; Calcariæ ust. pulv., Amyli aa 10,0 mit Wasser angerührt aufzustreichen.

— Am Chirurgencongress sprach Dr. *Block* (Danzig) **über Lungenresection** und ihre Indication. *B.*, der an 50—60 gesunden und kranken Versuchsthieren die Resection grösserer Lappen vorgenommen hat und einige operirte Hunde und Kaninchen, die sich des besten Wohlseins erfreuen, demonstrirt, ist zu der Ueberzeugung gekommen, dass diese Operation, die in 5—7 Minuten vollendet werden kann, nur ein minimaler Eingriff ist, und dass der Ausfall von Gefässen und Bronchen sehr gut ertragen wird. Für indicirt hält *B.* die Operation bei starken Lungenblutungen, bei Gegenwart von Fremdkörpern in derselben und bei Lungenschwindsucht, die er auch jetzt noch als operable Localerkrankung auffasst, weil dieselbe auch ohne Tuberkelbildung von den Lungenspitzen aus beginnt.

— Nach *Nicaise* müssen **gute Drains** 1) so elastisch sein, dass sie ohne Nachtheil um das Dreifache ihrer Länge ausgezogen werden können; 2) auf Wasser schwimmen; 3) gerieft sein, woraus man erkennt, dass die Caoutchoucplatten, aus welchen sie geformt sind, durch freie Sägeschnitte und nicht durch allerlei Abfälle hergestellt sind. Graue Drains haben keinen Werth, sondern nur schwarze und rothe.

(Centralbl. f. Chir. 1882.)

Würzburg. Mit der **Jubelfeier** der Universität traf noch ein anderes Jubiläum zusammen, das die Hochschule nicht minder wie die Stadt in hohem Grade interessirte. Es feierte nämlich Herr Geheimrath Prof. Dr. *Rinecker* am 3. August sein fünfzigjähriges Doctorjubiläum.

Frankreich. Schlangenbiss. In der Academie der Wissenschaften (Paris) verlas der Naturforscher *de Quatrefages* eine Mittheilung des Herrn *Laserda*, Subdirector des physiologischen Institutes in Rio Janeiro, über den Biss der Giftschlangen. *Laserda* behauptet, eine wiederholte Erfahrung habe ihn belehrt, dass der Biss der Giftschlangen beim Menschen und Thiere radical geheilt werde durch eine subcutane Injection einer Lösung von hypermangansaurem Kali. (Deutsche med. Wochenschr.)

Spanien. Zäh! El Génio Médico-quirúrgico (1882 pag. 166) theilt mit, dass eine Kranke innerhalb fünf Jahren 200 Mal die Paracentesis abdominis durchmachte, wobei mehr als 20,000 Quartillos Wasser abgezapft wurden. Ihr Allgemeinzustand hat sich so gebessert, dass sie noch oft die Operation überstehen kann.

(Deutsche med. Wochenschr.)

— **Mekkapilger.** Das Journal d'Hygiène berichtet, dass Dr. *Frankland* Gelegenheit hatte, eine von den Muhamedanern als heilig betrachtete Quelle in Mekka zu sehen, dessen Wasser nach allen muhamedanischen Gegenden verschickt wird. Er untersuchte das Wasser und fand, dass es das reinste Kloakenwasser ist, siebenmal mehr concentrirt als das der Kloaken Londons. Es kann demnach nicht Wunder nehmen, wenn die Cholera bei den Mekkapilgern, die alle von diesem Wasser trinken, in höchstem Grade auftritt und diese Krankheit nach allen muhamedanischen Gegenden verschleppt wird, wohin das heilige Wasser kommt.



Bibliographisches.

82) *Pflüger*, Prof. *Ernst*, Methode zur Prüfung des Farbensinnes mit Hülfe des Flor-Contrastes in deutscher, franz., engl. und ital. Sprache. 2. verbesserte Aufl. Bern, Dalp. Cartonnirt.
83) *Neubauer*, Dr. *Carl*, Systematischer Gang der qualitativen und quantitativen Analyse des Harns. 8°. 23 S. 8. Auflage von Dr. *E. Borgmann* bearbeitet. Wiesbaden, Kreidels Verlag.
84) *Neubauer*, Dr. *C.* und Dr. *Jul. Vogel*, Anleitung zur qualitativen und quantitativen Analyse des Harns. Zum Gebrauche für Mediciner, Chemiker. 8. Auflage von Dr. *H. Huppert*. I. Abth. Analyt. Thl. 8°. 348 S. Wiesbaden, Kreidels Verlag.
85) *Wiener Klinik* 1882, 5./6. Heft. Wien, Urban & Schwarzenberg. *Fürth*, Dr. *Ludw.*, Pathologie und Therapie der Rachitis. 8°. 84 S.
86) *Kürsteiner*, Dr., Das Epidemiengesetz auf der Waage des Impfzwangs. Eröffnungswort der 109. Versammlung appenzellischer Aerzte 22. Mai 1882. 8°. 20 S.
87) *Brandis*, Dr. *B.*, Ueber die Behandlung des chronischen Gelenkrheumatismus. 8°. 89 S. und 1 Tafel. Berlin, Aug. Hirschwald.
88) *Rossbach*, Dr. *M. J.*, Lehrbuch der physicalischen Heilmethoden für Aerzte und Studirende, II. Hälfte. Mit 85 Holzschnitten. 8°. 533 S. Berlin, Aug. Hirschwald.
89) *XVe Rapport annuel* du bureau central de bienfaisance. 60 S. (I Rapport annuel du Comité des bains de mer.) Genève, 1882.
90) *Bericht und Rechnung* über die Feriencolonien erholungsbedürftiger Schulkinder aus Zürich. Zürich, 1881. 8°. 27 S.

Briefkasten.

Herrn Dr. *Emil E.* in B.: Ref. mit bestem Dank erhalten. Mit Ihren Wünschen vollkommen einverstanden, thun wir unser Möglichstes mit raschem Abdruck der eingelaufenen Manuscripte. Das Hinderniss ist eben der Raummangel des Blattes, den alle Redactionswünsche nicht aus der Welt schaffen können; ein wöchentliches Erscheinen des Blattes wäre allerdings das beste Mittel, würde aber einen doppelten Abonnementsbetrag zur Folge haben, der wohl von der Mehrheit der Leser nicht willkommen geheissen würde.

Internationale Verbandstoff-Fabrik Schaffhausen.

Depots: **Zürich:** Ecke Bahnhofstrasse u. Kuttelgasse. **Basel:** 22 Theaterstrasse. **Bern:** J. L. Hug-Braun, Pension Mattenhof. **St. Gallen:** C. F. L. Hausmann z. Hechtapotheke.

Andermatt

Kurhaus — Hotel — Pension Bellevue,

Winterstation für Brustleidende wie Davos, bleibt das ganze Jahr offen.

Auf Grund zehnjähriger meteorol. Beobachtungen hat sich das Klima von Andermatt als sehr günstig für einen Winterkurort erwiesen. 1444 M. über Meer, liegt Andermatt in dem 1/4 Std. breiten herrlichen Ursernthälchen, ringsum von 1000—1500 M. höhern Bergen überragt. Während des Winters wochenlang vollständig klarer Himmel. Wie die Nebel so fehlen auch die Winde fast gänzlich. Boden stets trocken und gut gebahnt. Unter den Einwohnern ist Lungenschwindsucht so zu sagen unbekannt und mehrere Personen, die sich dieselbe anderwärts zugezogen, befanden sich hier ausserordentlich gut. Das Alter der Bevölkerung ist ein relativ sehr hohes und von den in den 5 Jahren von 1876—1880 über 10 Jahre alt gestorbenen 37 Seelen (durchschnittliche Einwohnerzahl 730) waren 12 zwischen 70 und 80 und 5 zwischen 80 und 90 Jahre alt.

Das Hotel Bellevue, vor einigen Jahren als solider Steinbau aufgeführt, in trockener, sonniger Lage, ist in jeder Beziehung für eine Winterstation auf's passendste eingerichtet. Zimmer hoch und geräumig, mit guten Kachelöfen heizbar, desgleichen die weiten Corridore, die vom Treppenhaus abgeschlossen sind. Auf den verschiedenen Etagen warme und kalte Bäder und Douchen. Grosse Gesellschaftsräume. Im Freien ausgedehnte, gegen Süden gelegene, mit Glaswänden abgeschlossene Veranda. Die Speisen werden nach Anordnung des Arztes servirt. Zu jeder Zeit frische Kuh- und Ziegenmilch. Für Unterhaltung ist durch mannigfaltige Lektüre, Bücher, Zeitschriften, Zeitungen, sowie durch ein Klavier und ein Billard gesorgt. Arzt und Apotheke im Hause. Die Preise sind für den Winter bedeutend ermässigt, Pension mit Zimmer 7—9 Fr. Für kommenden Winter liegen bereits eine beträchtliche Zahl Anmeldungen vor.

Ausserdem empfiehlt sich Andermatt auch ganz besonders durch seine ausserordentlich günstige geographische Lage, da es von der Station Göschenen aus im Omnibus in 3/4 Stunden zu erreichen ist und dass Patienten, denen ein Höhenkurort nicht zusagen sollte, in einer Stunde in Airolo sein können.

Eine eingehende Beschreibung mit vergleichender meteorol. Tabelle zwischen Andermatt und Davos ist kürzlich im Drucke erschienen und wird von Unterzeichneten auf Verlangen gratis und franco versendet, wie wir überhaupt zu jeder Auskunft gerne bereit sind.

Der Kurarzt: **Fr. Schmid.** *Der Eigenthümer:* **Seb. Christen-Kesselbach.**

Faulensee-Bad

Luft- & Milchkuren. **am Thunersee, Berner Oberland.** Mineralbäder. Douchen.

Analyse und Wirkung der Heilquelle ähnlich Weissenburg, Contrexéville, Lippspringe: vorzüglich **bewährt** bei **Brustkrankheiten, Rheumatismen, Blutarmuth, Nervenleiden.** Reizende Lage (**800 M. ü. M.,** 200 M. ü. d. Thunersee). Herrliche Fernsicht. Ausgedehnter Waldpark. Comfortable Neubauten. **Dampfschiffstation Spiez. Telegraph. Saison Mai** bis **October.** Kurarzt: **Dr. Jonquière.** Brochuren und Prospecte gratis durch die Besitzerin: **Familie Müller.**


Digitized by Google

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N°. 18. XII. Jahrg. 1882. 15. September.

Original-Arbeiten.

Ein Fall von acuter Jodintoxication

aus der Basler psychiatrischen Klinik

von Prof. **L. Wille** und Assistenzarzt **E. Riedtmann.**

J. E., Lehrerin, geb. am 3. November 1845, von Th., Bld., Eintritt: 11. März, Austritt: 17. März 1882. †.

Clin. Diagnose: Acute Verwirrtheit auf Jodintoxication beruhend.

Anamnese: Pat. machte vor ihrer Aufnahme eine Lymphangitis des r. Armes durch, die 5 Wochen vor der Aufnahme begann und von einer leichten Verwundung herrührte. Die Entzündung ging bis zur Achselhöhle, woselbst sich ein Senkungsabscess bildete, der circa 14 Tage vor der Aufnahme gespalten und nachher 2—3 Mal mit Jodoform ausgepinselt wurde (im Ganzen kamen ca. 10 grmm. Jodoform zur Verwendung). Im Anfang dieser Erkrankung bekam Patientin zweimal eine Mixtur mit Carbol und Jodkali (ca. 8 grmm. Jodkali), nachher nahm sie kein Jod mehr innerlich ein. Am 6./7. Nachts stellte sich leichte Unruhe ein, verbunden mit Paraphasie; Pat. fand die richtigen Worte zu ihren Gedanken nicht, statt deren kamen ihr ganz andere auf die Zunge. Diese Symptome wiederholten sich jede Nacht bis zur Aufnahme, waren aber am Tage immer wieder verschwunden. Abnormitäten von Seiten der Innervation der Pupillen, des Gesichts oder der Körpermuskulatur sind nach Aussage des behandelnden Arztes nicht vorhanden gewesen. Pat. brach am 9. März Morgens auf einmal in lautes, unnatürliches Lachen aus; nachher äusserte sie selbst die Befürchtung, sie werde noch im Kopfe verwirrt; am gleichen Abend begann sie im höchsten Grade aufgeregt zu werden und in lautes Singen und Jauchzen auszubrechen. Von Beginn der Aufregung an tiefe Bewusstseinsstörung und anhaltende Nahrungsverweigerung.

Pat. war eine recht intelligente, tüchtige und brave Person, dagegen in körperlicher Beziehung eher schwächlich. Sie hat in ihren jungen Jahren eine rechtseitige Coxitis durchgemacht, hüstelt schon seit Jahren. Die Mutter der Pat. lebt noch, ist körperlich gesund und zeigt seit den zwei letzten Jahren Neigung zur Schwermuth. Der Vater ist an Phthise gestorben. Eine 19jährige Schwester der Pat. erkrankte während dem hiesigen Aufenthalte der Pat. vorübergehend unter Symptomen hochgradiger psychischer Aufregung. Ein Bruder ist in mässigem Grade schwachsinnig.

Status der Aufnahme. Pat. ist im höchsten Grade unruhig und aufgeregt, will nicht im Bette bleiben, stösst die Decke mit den Beinen weg, drängt unausgesetzt fort, sucht aufzustehen, wehrt sich gegen jede Hülfeleistung. Das Bewusstsein ist be-



trächtlich gestört; Pat. weiss weder wo sie ist, noch was um sie vorgeht, reagirt auf Fragen nicht. Die Athemzüge sind tief, der Puls über 140, undeutlich und schwach. Pat. singt viel mit laut gellender Stimme in den höchsten Tönen. Hie und da schlummert sie für kurze Zeit ein. Beim Erwachen fängt sie wieder an, in gleicher Weise zu singen und unruhig zu sein und setzt das die ganze Nacht hindurch fort. Am Anfang der Nacht konnte ihr etwas Milch beigebracht werden.

12. März. Die körperliche Untersuchung wird verhindert durch die bedeutende Unruhe der Pat. und ihre fortwährenden Abwehrbewegungen. Pat. bietet heute noch dasselbe Bild wie gestern. Ihr Ernährungszustand ist schlecht. Der Mund ist gross, zu einem krampfhaften Lachen verzogen, das stets sichtbar ist. Die Wangen sind hohl, dunkel geröthet. Die Augen irren, ohne zu fixiren, lebhaft umher. Die Herztöne sind sehr frequent, aber noch deutlich. Auf den Schultern, am rechten Arm und Thorax finden sich grosse, roseolaähnliche, dunkelrothe, kreisrunde, leicht erhabene Flecken (Jodexanthem). Die Extremitäten, die Haut im Ganzen fühlen sich kühl an. Auf der rechten Seite der untern Thoraxpartien eine ca. 4 Finger breite, von oben nach unten verlaufende, gut aussehende Schnittwunde, die mit Salicylwatte und Carbolöl verbunden wird.

Pat. schluckt noch gut, wirft aber beträchtliche Mengen Schleim aus. Wenn sie etwas zu sich genommen hat, stellen sich häufig würgende Bewegungen ein, hustet sie auch hie und da. Die Lippen sind sehr trocken, mit trockenen Schorfen belegt. Puls und Respiration wie gestern. Spärlichen Urin lässt sie, ohne es zu merken, in's Bett. Ohne Stuhl.

Nachmittags können ihr 2 Calomelkapseln à 0,5 beigebracht werden. Milch und Fleischbrühe muss man ihr einzwingen. Abends erhält sie ein Bad und 1,0 Chloralhydrat.

13. März. Darauf ruhigere Nacht. Doch singt Pat. noch immer von Zeit zu Zeit, aber seltener als die letzten Nächte. Auch am Morgen etwas ruhiger. Sie scheint nach und nach zu sich zu kommen, thut z. B. die Hand fort, wenn man es ihr beim Verbinden der Wunde heisst. Während des Tages soll sie einzelne abgerissene Worte ausgesprochen haben. Das Gesicht ist immer in derselben Weise verzogen. Pat. schaut einen an, wenn man mit ihr spricht. Am Abend nimmt sie ein Glas Milch selbst in die Hand und trinkt es aus. Sie hustet immer noch etwas, wirft viel glasigen Schleim aus, hat starken Fœtor ex ore. Die Zunge kann sie nicht zeigen. Ihre Stimme ist rauh, heiser, klanglos, ihre Sprache unverständlich. Puls 136, Temp. nicht erhöht. Urin ohne Eiweiss, dagegen gibt der erste Urin, den Pat. bei uns gelassen hat, eine starke Jodreaction. Unter Tags ein paar Mal tüchtige breiige Stuhlgänge. Abends erhält Pat. 1,5 Chloral und Morgens und Abends je ein Bad.

14. März. Nachts war Pat. wieder ziemlich ruhig. Am Morgen ist sie mehr bei sich, versteht uns, will antworten, ihre Sprache ist aber wenig verständlich. Sie versucht den Mund mit Sol. kal. chloric. auszuspühlen, was ihr aber nur unvollständig gelingt. Mässige Empfindlichkeit des Epigastriums. Milch etc. muss man ihr eingeben. Unter Tags schläft sie häufig für kurze Zeit. Puls am Morgen 128, Abends 132, etwas deutlicher. Stuhl und Urin regelmässig, sie lässt nicht unter sich gehen. Im Urin nur noch Spuren von Jod. Auch heute Bäder und Abends 1,5 Chloral.

15. März. Ordentliche Nacht. Auch heute wieder mehr bei sich; sie versteht, was um sie vorgeht, ihre Worte aber sind noch immer schwer verständlich. Die Kranke verhält sich im Ganzen ruhig, dagegen bewegt sie Arme und Beine noch viel und zwecklos. Schlafsucht während des Tages. Der Mund ist nicht mehr so krampfhaft verzogen, dagegen kann sie ihn nicht weit öffnen, auch wenn sie sich dafür anstrengt. Das Schlucken geht besser, dagegen dauert der Husten noch an, sowie auch der Fœtor ex ore. Die Lippen sind noch sehr trocken. Der Puls noch gleich frequent, am Morgen 128; die Respiration gut, ebenso die Herzcontractionen deutlich. Keine Schweisse. Die Würgbewegungen nach dem Essen haben aufgehört. Kein Eiweiss im Urin. Temp. heute Abend 38,1. Bäder und Abends Chloral 1,5.

16. März. Ziemlich ruhige Nacht. Heute ist die Pat. wieder mehr benommen als gestern, antwortet nicht mehr, liegt ruhig da, bewegt nur hie und da ihre Beine. Puls am Morgen 144, Abends 148. Nachmittags ist der linke Fuss in Contracturstellung gebeugt, die Zehen und vordern Partien des Fusses stark nach innen gezogen. Die Magen-



gegend scheint auf Druck mehr schmerzhaft zu sein. Sonst reagirt Pat. gar nicht. Temp. nicht erhöht.

Etwas vor 9 Uhr Abends erhält sie eine subcutane Injection von Strychnin, 0,002. Der Puls bessert sich nicht, die Respiration ist sehr schnell und schnarchend. Sie hustet ziemlich viel, aber sie ist nicht im Stande, den glasigen Schleim, der sich massenhaft im Schlunde anhäuft, herauszubefördern, derselbe muss herausgenommen werden. $^1/_2$ Stunde nach der Injection erhält sie $^1/_2$ Glas Wein, erbricht das aber sofort wieder. Später kann ihr noch etwas Wein beigebracht werden.

17. März. Nachts war die Kranke ruhig, lag mit halbgeöffneten Augen da, bewegte nur hie und da ihre Beine. Schlucken kann sie nicht mehr. Erst im Bad (am Morgen) nach einer kalten Brause gelingt es, ihr etwas Eiergrog zu geben, sonst schluckt sie den ganzen Tag nichts. Der Puls ist schon am Morgen 160, die Respiration abwechselnd bald tief und langsam, schnarchend, bald oberflächlicher und schneller. Das Bewusstsein ist ganz erloschen. Gegen Abend steigt der Puls über 160, die Respiration wird regelmässiger, aber schnell (ca. 58) und oberflächlich. Pat. liegt so da bis Nachts gegen 10 Uhr, wo Herzstillstand und nach wenigen, immer seltener werdenden, tiefen, schnappenden Inspirationen der Tod eintritt.

Sectionsbefund. 18. März (Prof. *Wille*). An Brust und Oberarmen sind noch die Spuren des Exanthemes sichtbar. Der linke Fuss ist nach innen gedreht und gebeugt. Mässig plagiocephalischer Schädel. Im sinus longitud. nur wenig blasse Gerinnsel. Dura nirgends adhærent. Pia der Convexität durchsichtig, dem Verlaufe der Gefässe nach mit vermehrter seröser Flüssigkeit durchtränkt, überall leicht abziehbar. Die Gyri der rechten Seite sind im vordern Scheitel- und hintern Stirnhirn stark abgeplattet. Pia der Basis leicht getrübt und stark ödematös. Die Gefässe sind überall normal. Das Gehirn ist von weicher Consistenz, überall ziemlich blutreich, zahlreiche Blutpuncte sichtbar. Graue Substanz dunkel. Die Ventrikel sind sämmtlich etwas erweitert, mit vermehrtem Serum gefüllt; das Ependym der Seitenventrikel leicht getrübt und verdickt, im IV. Ventrikel stärker verdickt. Sonst keine Veränderungen im Hirn. Gewicht des Hirns 1303 grmm.

Zwerchfell beidseits hinter der 5. Rippe. In der Bauchhöhle kein Erguss.

Die linke Lunge ist in ihrer Totalität durch ziemlich feste Adhæsionen mit der Thoraxwand verwachsen, auch die rechte Lunge in ihren untern Theilen, aber weniger fest, leicht trennbar. Beide Lungenspitzen durch derbe Stränge angewachsen.

Im Herzbeutel kein Erguss, ebenso wenig in den Pleurahöhlen. Das Herz ist klein, stark contrahirt, wiegt 285 grmm. Die Klappen sind zart, nur die Mitralis an ihren freien Rändern leicht verdickt. Massenhafte blasse Gerinnsel in den Herzhöhlen, Muskulatur dunkelbraun, mit zahlreichen streifigen Einlagerungen von graugelber Farbe. Der linke Ventrikel sehr dickwandig, stark contrahirt. Ueber der Aortenklappe zwei kleine gelbe Verdickungen der Aorta.

In der linken Lungenspitze ein ca. nussgrosser, mit käsigem Eiter gefüllter Herd mit zerklüfteten Wandungen, der in einen kleinen Bronchus führt. Seine Umgebung schiefrig indurirt und dunkel pigmentirt. In der rechten Lungenspitze eine gleichgrosse, derbe, luftleere, schiefrige Induration mit einigen kleinen verkalkten Puncten, die sich mit der Messerspitze nur schwierig herausheben lassen. Nirgends Tuberkel. Sonst sind die Lungen überall lufthaltig, in den abhängigen Partien leicht ödematös. Aus den grossen Bronchien ergiesst sich viel dicker, rahmiger Eiter. Die Schleimhaut der Bronchien ist stark injicirt, überall mit Eiter bedeckt. Keine lobulären Herde der Lungen.

Milz nicht vergrössert, nichts Abnormes.

Beide Nieren sind gelappt, sonst normal. Gewicht 219. Die Leber ist klein, dunkelbraun, von derber Consistenz. Die Acini in der Umgebung der Venæ centrales überall gelb gefärbt. Gewicht 1100.

Harnblase enthält wenig Urin. Die Schleimhaut in der Gegend des Trigonum stark injicirt.

Im ganzen Dickdarm sind die Falten mit zahlreichen dunkelrothen, punctförmigen Extravasaten belegt, die im Rectum vielerorts mit einander confluiren. Hier zeigt sich auch hie und da auf den Falten ein schwacher grauer Belag.

Auch im Magen und Duodenum ähnliche kleine Extravasate auf den Falten der

Schleimhaut, besonders im Fundus des Magens und längs der kleinen Curvatur. Der Magen enthält ziemlich viel grünliche Flüssigkeit.

Die Tonsillen zeigen beidseits flachen, geschwürigen Zerfall der Oberfläche, nirgends Belag. Die Trachea bis zu den Stimmbändern stark geröthet, mit viel glasigem Schleim und Eiter ausgefüllt. Schleimhaut des Oesophagus verdickt, geröthet, lässt sich leicht abstreifen.

Anatomische Diagnose: Oedema pulmonum et meningum. Fettige Degeneration des Herzens und der Leber. Pleuritis adhæsiva duplex. Käsige Infiltration der linken, schiefrige Induration der rechten Lungenspitze. Tracheitis et Bronchitis purulenta. Diphtheritis des Dickdarmes.

Ich erlaube mir, an die Krankengeschichte noch einige Bemerkungen anzuschliessen. Fälle dieser Art sind in letzter Zeit sehr zahlreich aus den chirurgischen Abtheilungen und von Privatärzten veröffentlicht worden. Aus einer Irrenanstalt ist bis jetzt meines Wissens noch keine Beobachtung gekommen, womit sich die Mittheilung des Falles wohl rechtfertigen lässt. Ich stelle nur wenige Vergleiche an mit den anderweitig veröffentlichten Fällen und unterlasse es ganz, auf die vorhandene Literatur des Gegenstandes einzugehen, weil ich überzeugt bin, dass dieselbe den Aerzten hinlänglich geläufig ist.[1]) Nur daran möchte ich erinnern, dass *König* in seiner Arbeit über diesen Gegenstand (Centralbl. für Chir. Nr. 7, 8 und 17) das von ihm gesammelte Material in leichte, in schwere und in tödtlich verlaufende Fälle eintheilt. Unser Fall gehörte demnach in seine dritte Gruppe.

Wenn ich zunächst die krankhaften psychischen Symptome an der Kranken berücksichtige, so fallen vor Allem der hohe Grad der Bewusstseinsstörung und die hochgradige motorische Erregung auf. Die letztere hatte theils den Charakter blinden Fortdrängens, theils den uncoordinirter allgemeiner Muskelactionen, endlich den unausgesetzter panphobischer Abwehr, wobei zweifellos mannigfaltige und wechselnde Sinnesdelirien eine Rolle spielten, ohne dass man bei der vorhandenen Bewusstseinsstörung und der Undeutlichkeit der Sprache über den Inhalt der Sinnestäuschungen und der geäusserten Delirien klar werden konnte. Dagegen liess sich der vorherrschende Affect als ein schreckhafter, ängstlicher Zustand erkennen, der nur selten und kurz von andern Stimmungszuständen unterbrochen wurde. Man kann am richtigsten wohl den psychischen Symptomencomplex als einen Zustand acuter Verworrenheit auffassen, wobei ich aber nicht unterlassen will, die grossen Analogien desselben in Symptomen, Verlauf und pathologischer Anatomie mit dem Delirium acutum anzudeuten.

Dass dieser krankhafte Zustand von einer Jodintoxication abhing, dafür spricht einmal die Thatsache eines bis zum Zeitpunct der Jodoformbehandlung vorhandenen normalen Geisteszustands, sodann der Mangel anderweitiger genügender ätiologischer Momente. Es spricht dafür vor Allem die Uebereinstimmung des Symptomencomplexes, sodann des auffallenden Verlaufs, mit den nächtlichen schweren Krankheitsanfällen und den tägigen Remissionen, mit den zahlreichen Beobachtungen, wie sie von Andern über diese Art von Vergiftung mitgetheilt wurden. Es sprechen aber auch dafür die die Psychose begleitenden charakteristischen

[1]) Vide die diesbezüglichen Mittheilungen von Dr. *A. W. Münch* in unsern letzten Nummern. Redact.



körperlichen Symptome, wie der intensive Catarrh der Mund-, Rachen- und Luftröhrenschleimhaut, das specifische Jodexanthem, die anfangs entschieden verminderte Harnsecretion, die intensive Nahrungsverweigerung und Schwierigkeit des Schluckens, die Symptome hochgradiger Herzschwäche mit kleinem, ungeheuer beschleunigtem, unregelmässig zitterndem Pulse und kühlen Extremitäten; der Ausschluss anderer fieberhafter oder cerebraler Krankheiten, die etwa einen ähnlichen Symptomencomplex erzeugen konnten. Bemerke ich noch den während der ersten 4 Tage des Spitalaufenthalts stattgefundenen Nachweis des Jods im Urin und dessen allmälige Abnahme, so konnte über die Ursache und Natur der vorliegenden Krankheit als einer acuten Jodintoxication kein Zweifel bestehen. Dass auch das hinsichtlich des centralen Nervensystems wesentlich negative Sectionsresultat für diese Auffassung spricht, braucht kaum bemerkt zu werden. Es sind in der jüngsten Zeit verschiedene Beobachtungen mitgetheilt worden, bei denen auch verhältnissmässig geringe Mengen des verwendeten Jodoforms (unter 10 grm.) schwere Intoxicationserscheinungen im Gefolge hatten, so dass auch in dieser Beziehung der Fall sein Auffallendes verliert. Der Mangel vereinzelter, sonst häufigerer Symptome wie des Jodoformgeruches und -Geschmackes, der profusen Schweisse kann natürlich nicht dagegen in's Gewicht fallen.

Immerhin bleiben sie hochgradig merkwürdige Thatsachen, diese individuellen Reactionen gegenüber bestimmten Stoffen, diese sogenannten Idiosyncrasien. Warum übt das Jod so selten seine toxische Wirkung aus bei dieser Form seiner Anwendung? Warum ertragen die Einen colossale Gaben des Mittels ohne Nachtheil, während Andere geringen Dosen unterliegen? Dies sind wichtige Fragen, die sich einem in diesem Gebiete aufdrängen. Versuchen wir es, nach den vorhandenen Erfahrungen, eine Antwort auf dieselben zu geben, so sind es vorzugsweise Kinder und bejahrte Leute, die seinem toxischen Einflusse am stärksten ausgesetzt sind, eine Annahme, die im vorliegenden Falle nicht zutrifft. Es sind ferner Individuen, die durch vorangegangene Eiterungen, Säfteverluste, Anstrengungen, Krankheiten etc. etc. heruntergekommen sind. Damit stimmt auch unser Fall überein, indem es sich dabei um eine Persönlichkeit handelte, die in Folge unausgesetzten Schaffensdrangs und grosser Aufopferungsfähigkeit bei einer im Ganzen eher zarten und schwachen Constitution sich fortwährend das Maass ihrer Kräfte übersteigende Leistungen auflegte, die besonders in der letzten, der Erkrankung vorhergegangenen Zeit durch Nachtwachen, gemüthliche Erregung, sodann durch die septische Infection mit ihren Folgen zweifellos hochgradige schwächende Einflüsse erfuhr. Dabei lässt die Thatsache einer acuten psychischen Erkrankung bei einer jüngern Schwester in Folge gemüthlicher Alteration wohl an eine ausgesprochene familiäre Anlage zu Hirnstörungen mit psychischen Symptomen denken.

In Betreff des angewendeten Präparats handelte es sich um fein gepulvertes Jodoform. Ob nun die Bedingungen für Zersetzung des Präparates so günstige waren, wie sie *Behring* für die toxische Wirkung desselben verlangt, kann jetzt nicht mehr angegeben werden. Es scheint mir übrigens aus dem vorhandenen literarischen Materiale hervorzugehen, dass bei der Erklärung der toxischen Wirkung des Jods bei der Jodoformbehandlung ein ebenso grosses Gewicht auf die

individuellen Verhältnisse der Behandelten als auf die angewendete Substanz zu legen ist. Es würde gewiss nicht ohne lohnendes Ergebniss bleiben, das Material soviel als möglich nach dem Einflusse der neuro-psychopathischen Constitution zu untersuchen.

Auch dieser Fall ist ein weiterer Beleg dafür, dass jene Fälle von Jodoformvergiftung prognostisch die ungünstigsten sind, bei welchen die Intoxicationserscheinungen nicht erst nach längerer Anwendung, sondern gleich im Anfange auftreten.

Der tödtliche Verlauf der Krankheit hatte für uns nichts Ueberraschendes, da das Krankheitsbild bei der Aufnahme schon eine sehr schwere Erkrankung darbot, der allgemeine Schwächezustand schon den bedrohlichsten Charakter erreicht hatte und der Zustand der Circulation an eine beginnende Vaguslähmung denken liess. Wenn auch die ausgesprochene Remission während des 5.—8. Krankheitstages wieder die Hoffnung einer Erholung der Kranken aufkommen liess, so liess dann die neuerdings sich geltend machende Herzschwäche von nun an noch in Verbindung mit den Respirationsstörungen keinen Zweifel an der nahenden Katastrophe mehr zu. Die Symptome während der zwei letzten Krankheitstage hatten, wie so manche andere Fälle von Jodintoxication, einen ausgesprochen meningitischen Charakter, um auch schliesslich dadurch ihren Zusammenhang mit dieser Krankheitsgruppe zu documentiren. Ob die Remission im Zusammenhange mit der Ausscheidung des Jods aus dem Körper gedacht werden darf, ist eine Frage, die einem die Beobachtung aufdrängte, die aber wohl kaum mit Bestimmtheit zu bejahen ist.

Ueber traumatische Lähmung des Plexus brachialis.

Vortrag, gehalten im Verein der Aerzte zu Koblenz am 2. Mai 1882

von Dr. med. **Albrecht Erlenmeyer,**

dirig. Arzt der Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke zu Bendorf bei Koblenz.

(Schluss.)

Gehen wir nunmehr dazu über, den Sitz der Lähmung festzustellen, so ist von vornherein eine cerebrale Localisation auszuschliessen. Der Kranke ist zwar auch auf den Kopf gestürzt, ist auch ein kleines Zeitmoment bewusstlos gewesen, allein es fehlen doch alle andern Symptome einer Hirnerschütterung oder Hirnblutung und schliesslich spricht die Entartungsreaction der gelähmten Theile direct gegen diese Annahme, da sie bei cerebraler Lähmung bis jetzt noch nie gefunden worden ist. Ebenso scheint mir die Annahme einer spinalen Lähmung ungerechtfertigt. Es bliebe ja bei der auf eine Seite begrenzten Lähmung nur übrig, an eine Halbseitenläsion der Medulla zu denken, allein das vollständige und theilweise Freibleiben einiger Nerven von der Lähmung, sowie das Fehlen der bekanntlich höchst charakteristischen Sensibilitätsstörungen sowohl der gelähmten, wie der contralateralen Extremität, die für diese Affection pathognomonisch sind, gelten als directe Gegenbeweise. Endlich scheint mir auch noch folgende Erwägung sowohl für die cerebrale Lähmung wie für die Halbseitenläsion die höchste Unwahrscheinlichkeit zu bedingen: der Kranke ist auf die linke Seite gefallen und hat sich



Kopf und Hals an dieser Seite contusionirt. Nichts liegt nun näher als vorauszusetzen, dass die Blutung oder jede andere, die Lähmung bedingende Ursache in der linken Hälfte des Cerebrum oder der Medulla ihren Sitz habe; dann aber hätten wir die Lähmung der rechten Extremität zu erwarten.

Von einer Poliomyelitis anterior acuta kann bei der vorliegenden Anamnese keine Rede sein.

Es bleibt daher nichts übrig, als den Sitz der Lähmung peripher zu suchen.

Alle Nerven, deren Lähmung ich vor Ihnen constatirt habe, — mit Ausnahme des den Cucullaris innervirenden Accessorius — entstammen dem Plexus brachialis, und es ist nun die Frage zu beantworten, sitzt die Lähmung in dem Plexus selbst, oder hat sie in den Stämmen der einzelnen, den Plexus constituirenden Cervicalnerven, oder in den aus dem Plexus herausgetretenen Armnervenstämmen ihren Sitz? Auf die letztere Frage ist ein entschiedenes Nein zu antworten, weil es unmöglich erscheint, dass durch eine auf eine bestimmte Körperseite wirkende Ursache auch Nerven gelähmt sein können, deren Verlauf gar nicht in dem Bereiche der getroffenen Körperpartie liegt. Hier sind z. B. der N. thoracicus anterior, der N. musculo-cutaneus und die obern und untern Schulterblattnerven gelähmt, also Nerven auf der vordern, seitlichen und hintern Thoraxfläche, während die schädigende Ursache nur seitlich einwirkte.

Sie können also die Annahme fallen lassen, dass die verschiedenen Nerven dort afficirt sind, wo sie sich bereits aus den Plexusstämmen und -schlingen differenzirt haben und isolirt verlaufen. Es erscheint mir ferner unthunlich, den eigentlichen Plexus brachialis, das kaum zu entwirrende Convolut der sich gegenseitig verschlingenden und verknüpfenden Zweige aus den Cervicalnerven als locus læsionis anzusehen, weil dann wohl alle Armnerven an der Lähmung betheiligt sein würden. Wir müssen vielmehr bei der Feststellung des Verletzungsortes noch höher hinaufsteigen. Da lehrt denn die Anatomie, dass alle die hier vollständig gelähmten Nerven sich aus dem 5. und 6. Cervicalnerven entwickeln, während der ganz frei gebliebene N. ulnaris mit diesen gar nichts zu thun hat, und die theilweise afficirten N. radialis und medianus nur die kleinsten Zuzüge aus dem 5. und 6. Cervicalnerven erhalten, ihre Hauptbestandtheile dagegen aus den weiter unten liegenden Cervicalnerven bekommen.

Wir können also mit vollem Rechte sagen, dass der 5. und 6. Cervicalnerv in der Höhe, wo sie noch nicht durch Schlingen sich verknüpft und mit diesen die weitern Plexusursprünge der verschiedenen Armnerven gebildet haben, getroffen sind, eine Stelle, die sich auch — genau festgestellt — auf Fingerdruck schmerzhaft erweist. Es ist dieselbe Stelle, deren electrische Reizung *Erb* zuerst gelehrt hat, von welcher aus bei hinreichender Stromstärke alle diejenigen Muskeln zur Contraction zu bringen sind, deren Nerven durch sie passiren. Auf der gesunden Seite unseres Patienten ist denn auch in der That dieser Effect zu erzielen, während links eine Reaction nicht eintritt.

Nun werden Sie vielleicht den Einwand erheben, dass gegen diese auf den 5. und 6. Cervicalnerven localisirte Diagnose die Mitlähmung des vom N. accessorius stammenden Cucullarastes anzuführen sei, der doch nicht dem Plexus ent-

springt, sondern ein Gehirnnerv ist, resp. von dem intracephalen Medullartheil herkommt. Ich glaube aber, dieser Einwand ist nicht nur hinfällig, sondern die Mitlähmung des Accessoriusastes unterstützt gerade noch die erwähnte Diagnose, denn dieser Ast des Accessorius kreuzt mit seinem Verlaufe den obersten Theil des Plexus und nichts liegt näher als die Annahme, dass er durch die quetschende Gewalt, die auf den Plexus eingewirkt hat, einfach, weil in ihrem Wege liegend, mitgedrückt worden ist.

Wir müssen also sagen, um die Lähmung in dem vorliegenden Falle ganz genau zu bezeichnen: es ist ein Fall von traumatischer Lähmung des linken 5. und 6. Cervicalnerven vor Eintritt in den Plexus brachialis mit gleichzeitiger Stammlähmung des linken Cucullarastes des N. accessorius.

Einzelne Autoren haben bei einzelnen ihrer Beobachtungen die Mitbetheiligung gewisser Muskeln und Nerven an der Lähmung vermisst — M. infraspinatus, N. ulnaris u. A. —, darauf einen gewissen Werth gelegt und weiterer Beachtung empfohlen. Ich kann das nicht für ganz gerechtfertigt halten, weil ich glaube, dass die Verhältnisse bei der in Rede stehenden Lähmung einfacher liegen, als man sie ansieht.

Wenn wir uns die Anatomie des Plexus brachialis vergegenwärtigen, so müssen wir vorzugsweise zwei Lagerungsverhältnisse seiner Bestandtheile beachten, ihr relatives Höhen- und ihr relatives Tiefenverhältniss. Das erstere bezeichnet die Lage der Nerven nach „über und unter einander", je nachdem sie von oben oder unten gelegenen Zweigen des Plexus sich differenziren; das Tiefenverhältniss berücksichtigt das „vor und hinter einander", und drückt also aus, dass gewisse Nerven tiefer in die Gewebe eingebettet liegen als andere. *Henle* unterscheidet in seiner Nervenlehre bestimmt die oberflächlichen und tiefen Aeste des Plexus brachialis. Dem entsprechend müssen wir bei der Beurtheilung der auf den Plexus einwirkenden Gewalt zwei Momente in Rücksichtnahme ziehen, nämlich erstens die Höhe, in welcher sie den Plexus trifft, und zweitens die Kraft, mit welcher sie aufschlägt; denn von dieser hängt ihre Tiefenwirkung ab. Wenn wir dies Verhältniss im Auge behalten, so können wir uns in keinem Falle von sog. Plexuslähmung über das Freibleiben des einen oder des andern Nerven wundern. Ort der Einwirkung und Kraft der wirkenden Gewalt sind hiefür allein maassgebend. So gehen z. B. der N. dorsal. scapulæ, der Ast für den M. levator scap. und für die Mm. rhomboidei, und der N. suprascapularis für den M. supra- und infraspinatus am allerhöchsten von dem 5. Cervicalnerven ab, nachdem derselbe eben das Intervertebralloch verlassen hat. In jenen Fällen also, welche ein Freibleiben des M. infraspinatus zeigten *(Erb)*, alle übrigen vom 5. Cervicalnerven abgehenden Fasern aber gelähmt darboten, muss das lähmende Moment den Stamm des 5. Cervicalnerven erst nach dem Abgange des N. suprascapularis getroffen haben.[1]) Ist die

[1]) Die analogen „Entbindungslähmungen" der Neugeborenen kommen lediglich durch Anwendung des „Prager Handgriffes" zu Stande. Zeige- und Mittelfinger werden dabei gabelförmig unmittelbar hinter dem Occiput über den Nacken gesattelt und drücken dabei gerade die obersten Stämme des Plexus brach., weshalb auch bei diesen Lähmungen niemals die des Infraspinatus vermisst wird.



Gewalt resp. Tiefenwirkung der lähmenden Ursache sehr gross, so findet sich dem entsprechend die Mitbetheiligung der tiefer gelegenen Nerven. Hierin liegt auch die natürliche Erklärung des so verschiedenen Zustandes der atrophischen Degeneration oder der, symptomatisch gesprochen, verschiedenartigen electrischen Reaction der Nerven und Muskeln bei den verschiedenen Fällen. Bei schwacher Gewalt sind nur wenige Nerven afficirt und diese zeigen nur einfache Herabsetzung ihrer Erregbarkeit. Ist die lähmende Ursache stärker aufgeschlagen, so ergibt sich in den obersten Nerven Entartungsreaction, während die tieferen — wie in dem vorstehenden Falle der N. medianus — nur einfache Herabsetzung der Erregbarkeit darbieten. Der M. triceps bewahrte hier selbst noch seine Faradocontractilität. Die am tiefsten gelegenen Nerven bleiben womöglich ganz frei, und der N. ulnaris, der bei keinem der bisher publicirten Fälle mitgelähmt war, ist nach *Henle* der am tiefsten in den Weichtheilen verlaufende Nerv. Wahrscheinlich wird er durch die Clavicula geschützt, und erst in einem solchen Falle mitgelähmt werden, wenn letztere durch den lähmenden Schlag oder Stoss fracturirt wird. Allerdings kommt bei dem N. ulnaris noch hinzu, dass er sich nur aus den untersten Aesten des Plexus entwickelt, die schon viel geschützter liegen, und deshalb wird er wohl so selten resp. bis jetzt niemals mitgelähmt gefunden worden sein.

Bezüglich der Tiefenlage in den Weichtheilen ist fast dasselbe Verhältniss bei dem N. radialis obwaltend, doch ist andererseits bei ihm für seine öftere Mitlähmung der Umstand günstig, dass er Zweige aus allen 5 Cervicalästen bezieht. Diese Erwägungen lassen für die Localisation der Radialisfunction folgende nicht unwichtige Annahme zu: da in dem vorstehenden Falle eine Betheiligung anderer Cervicalnerven als des 5. und 6. mit Sicherheit auszuschliessen, deren complete Lähmung aber zu constatiren ist; und da der Nerv. radialis, welcher von allen 5 Cervicalnerven Zweige enthält, nur in jenen für den M. triceps und die Supinatoren des Vorderarms eine Paralyse zeigt, während seine andern Muskeln frei geblieben sind, so nehme ich an, dass gerade diese vom 5. und 6. Cervicalnerven stammenden Fasern des N. radialis die Fasern für den Triceps und die Supinatoren sind und dass sie bis zu ihrem Muskelende isolirt in dem Radialisstamme verlaufen.

Ganz dieselbe Muthmassung kann man auch bezüglich des N. medianus hegen, und die Voraussetzung ist gestattet, seine von den höchsten Cervicalnerven entstammenden Fasern für die sensibeln Fasern des Vorderarms und für die der motorischen Innervation der Daumenballenmuskeln dienenden zu halten.

Hædemaker hat für gewisse Fälle von traumatischer Plexuslähmung den Mechanismus des Zustandekommens mit einer Dislocation der Clavicula erklären zu sollen geglaubt und angenommen, dass bei einer bestimmten stark adducirten Armstellung die Clavicula gewissermaassen den Plexus gegen die Wirbelsäule anpresse. Ich halte diese Annahme aus dem Grunde nicht für stichhaltig, weil bei einer so forcirten Lageveränderung der Clavicula sicherlich in den meisten, wenn nicht in allen Fällen eine Fractur derselben eintreten wird.

Die Prognose dieser sog. Plexuslähmungen pflegen wir, wie die aller peripheren Lähmungen, nach dem sichern Maassstabe zu beurtheilen, den uns die

electrische Reaction der gelähmten Theile an die Hand gibt. Drei Formen sind es, die hier zur Beobachtung kommen. 1) Einfache herabgesetzte Erregbarkeit für den secundären faradischen und den constanten Strom in Nerven und Muskeln gestattet eine absolut günstige Voraussage und lässt erwarten, dass bei geeigneter Behandlung die Paralyse in 4—6 Wochen zum Schwinden kommt. 2) Dieser günstigsten Form steht die ungünstigste gegenüber: die schwere Form der typischen Entartungsreaction. Die faradische und galvanische Erregbarkeit der Nerven ist erloschen, ebenso die faradische des zugehörigen Muskels; seine galvanische ist gesteigert und zeigt die Umkehr der normalen Zuckungsformel (Ansz > Kathsz; Kathœz = oder > Anœsz) mit träger Contraction. Die Muskeln, welche diese Reaction zeigen, verfallen mit seltenen Ausnahmen der atrophischen Degeneration. Immerhin kommen auch bei dieser Reactionsform zuweilen — aber nur nach sehr langer und consequent fortgesetzter electrischer Behandlung — noch Heilungen vor. 3) Zwischen diesen beiden Formen steht die sog. „Mittelform der Lähmung“, gekennzeichnet durch die „Mittelform der Entartungsreaction“. Von ihr sind mehrere Varianten zu verzeichnen. Die günstigste ist nach meiner Erfahrung jene, bei welcher die Erregbarkeit des Nerven für die beiden Stromesarten nur herabgesetzt, nicht erloschen ist, während der zugehörige Muskel Steigerung und qualitative Veränderung der galvanischen Erregbarkeit zeigt. Weniger günstig ist jene, bei der die Reaction des Nerven ausbleibt, der Muskel Gleichheit oder Verminderung — jedenfalls keine Steigerung — der galvanischen Erregbarkeit mit qualitativer Formeländerung constatiren lässt. Diese Formen, deren letzte in unserem Falle vorliegt, gewähren auch noch Aussicht auf Genesung, man wird aber sehr gut thun, wenn man die für die Behandlung nothwendige Zeit in vorsichtiger Weise auf 2—3 Monate voraus bestimmt. Kürzere Termine anzugeben, halte ich für bedenklich; tritt die Genesung früher ein, so erscheint die ars therapeutica in um so glänzenderem Lichte.

Wenn man die erwähnten electrischen Verhältnisse genau beachtet, wird man die Voraussage noch viel bestimmter treffen, und für einzelne Muskelgruppen die frühere oder spätere Restitution mit ziemlicher Sicherheit vorher angeben können. Selten nämlich sind bei den Plexuslähmungen alle Muskeln in gleicher Intensität ergriffen, weil ihre Nerven eben nicht mit gleicher Intensität von der lähmenden Ursache getroffen worden sind. Unser Fall zeigt Ihnen ja auch einfach herabgesetzte Erregbarkeit auf der einen, Entartungsreaction in bestimmter Form auf der andern Seite. An mannigfachen Variationen fehlt es dabei nie, wie Ihnen das z. B. die Erhaltung der faradischen Erregbarkeit im M. triceps beweisen mag. Aber selbst unter den mit scheinbar gleicher Reactionsform antwortenden Muskeln vermag der aufmerksame Beobachter Unterschiede zu finden, deren Berücksichtigung für die Stellung der Prognose von grossem Werthe ist. So lag z. B. der relative Schwellenwerth — verglichen mit der gesunden Seite — für die Ansz. in dem M. biceps und deltoideus ganz und gar verschieden, der Art, dass die Herabsetzung der galvanischen Erregbarkeit im M. deltoideus geringer war als im Biceps. Ich nahm darum auch keinen Anstand, sofort bei der zweiten Untersuchung, nachdem ich dies Verhältniss festgestellt hatte, dem Patienten vorauszusagen,

von diesen 2 Muskeln würde er zuerst den Deltoides, und zuletzt erst den Biceps wieder in seine Gewalt bekommen (eine Voraussage, die sich bis jetzt, wo diese Zeilen geschrieben werden, Anfang Juni, vollständig als richtig erwiesen hat).

Bei dieser Gelegenheit muss ich mich gegen *E. Remak* wenden, der die Wiederherstellung der gelähmten Theile von der Länge der gelähmten Nerven abhängig machen will. Er sagt (l. c. pag. 118): „In dem Falle eines günstigen Verlaufes habe ich die Regeneration der Function und die darauf folgende Reparatur des electrischen Verhaltens in der Reihenfolge beobachtet, dass zuerst die Störung sich ausgleicht im Brachialis internus und Biceps, nächstdem im Deltoides, am längsten aber dauert in den Supinatoren, namentlich im Supinator longus. Es dürfte dies mit der Länge der Nervenstrecken zusammenhängen, welche vom locus affectus aus regenerirt werden müssen. Dass diese für die Supinatoren am grössten ist, ist wohl zweifellos."

Dass die Regeneration der einzelnen Nerven eintreten muss, wenn die Lähmung einen günstigen Ausgang nehmen soll, ist ja nicht zu bestreiten, wohl aber die aus der Länge der zu regenerirenden Strecke vorher deducirte Vorhersage über den zeitlichen, beziehungsweise localisirten Eintritt der Regeneration. Diese Behauptung kann nur unter 2 bestimmten Voraussetzungen richtig sein, von denen die eine niemals, die andere nur ausnahmsweise vorliegen wird. Die erste bedingt einen absolut gleichen Querschnitt aller aus dem Plexus stammenden Nerven mit absolut gleicher Zahl von Nervenfasern; die zweite bedingt die absolut gleiche qualitative Betheiligung aller Nerven an der Lähmung. Nur unter Erfüllung dieser beiden Bedingungen kann es statthaft sein, für die kürzere Nervenstrecke die frühere, für die längere die spätere Regeneration zu postuliren resp. vorauszusagen. Da diese Erfüllung aber nicht eintritt, so kann der zeitliche Eintritt der Regeneration nur abhängig gemacht werden von dem Grade der Lähmung, resp. dem Status der anatomischen Gewebsveränderung, resp. von der Form der electrischen Reaction, durch welche sich jene ja kennzeichnet. Zur Unterstützung dieser meiner Behauptung führe ich z. B. den ersten Fall von *M. Bernhardt* an, bei welchem zuerst Biceps und Brachialis internus wieder functionsfähig wurden, dann stellte sich die Kraft des Supinator wieder her, erst später fing der Deltamuskel an in Action zu treten, und am längsten blieben gelähmt Supra- und Infraspinatus, deren Nerven doch einen entschieden kürzeren Verlauf haben, als der Radialisast des Supinator. Ich führe Ihnen ferner diesen vorstehenden Fall an, in dem zuerst die von dem längsten der gelähmten Nerven (Medianus) innervirten Muskeln des Daumenballens, dann die Rücken-Schultermuskeln in Action treten — mit Ausnahme des Supra- und Infraspinatus — dann der Supinator brevis activ thätig wurde und dann der M. pectoralis major und deltoideus zu functioniren begannen, während die von den kürzesten Nerven versorgten M. biceps und brachialis internus, sowie Supra- und Infraspinatus noch heute (Anfang Juni) absolut unbeweglich sind.

Die Behandlung der sog. traumatischen Plexuslähmung hat in erster Linie eine locale, auf den locus affectionis applicirte zu sein.

Dass es sich hier lediglich um den constanten Strom handelt, bedarf keiner besonderen Erwähnung. Die Anode ist an den Nacken möglichst hoch nach oben zu stellen, die Kathode über den Plexus, auf eine auf Fingerdruck meist schmerzende Stelle. Der stabil durchzuleitende Strom entstamme 8—10—12 Elementen und habe eine Dauer von 2—3 Minuten bei täglicher Application. Ebenso werde die Kathode stabil postirt auf den gelähmten Nerven und zwar am besten auf den für sie bekannten sog. motorischen (Erregungs-) Puncten. Der Strom kann hier bis 20 Elemente und mehr verstärkt werden.

Die Behandlung der Muskeln geschehe in leichten Fällen, wo sie also noch auf den faradischen Strom reagiren, mit diesem; in schwereren, bei Erloschensein der Faradocontractilität, mit der Kathode. Diese wird zunächst stabil für einige Minuten auf die Muskelbäuche postirt. Sodann empfiehlt es sich, Muskelzuckungen auszulösen, sowohl durch directe, wie indirecte Reizung, wobei die Anode immer hoch oben im Nacken stehen bleiben kann.

Die Wahl der Stromstärke wird sich bestimmen nach dem Hautschmerz unter der Kathode. Für die Auslösung der Muskelzuckungen betone ich, dass nur Kathodenschliessungszuckungen angewandt werden und warne vor Anodenschliessungszuckungen, die ja bei der Form der Entartungsreaction stärker ausfallen, da ich wiederholt gefunden habe, dass die Muskeln, wenn man sie mit der Anode z. B. der Untersuchung wegen gereizt hat, nachher viel schlaffer reagiren. In einem Falle einer Poliomyelitis anterior mit der „Mittelform" der Entartungsreaction ist es mir passirt, dass die dem Willen schon wieder unterthan gewordenen Muskeln durch eine forcirte Anodenreizung in dem weitern Fortschreiten ihrer Besserung geradezu für einige Tage unterbrochen wurden. Ueberhaupt aber scheint mir die stabile Methode vor der Zuckungs- oder Unterbrechungsmethode den Vorzug zu verdienen. Bei letzterer ermüden die Muskeln, bei ersterer erholen und kräftigen sie sich, wie nach jeder Application des Stromes durch den Grad der Contractionsfähigkeit deutlich nachzuweisen ist.

Neben dieser electrischen Behandlung empfehle ich noch Waschungen der gelähmten Theile mit kaltem Wasser und nachfolgender kräftiger Frottirung.

Von ausserordentlichem Werthe sind mechanische Uebungen, sowohl passive wie auch active, zu denen die Patienten anzuhalten man nie versäume.

Bei äusserlich erkennbarer starker Blutung auf und zwischen die Plexusschlingen verfahre man zunächst chirurgisch: Bloslegung des Plexus und Wegräumung des Blutextravasates.

Ich möchte diese Gelegenheit nicht vorüber gehen lassen, ohne an die Herren Collegen von der allgemeinen Praxis, bei denen das Interesse für Electrophysik und Electrotherapie in erfreulichem Wachsen begriffen ist, ein Wort gerichtet zu haben über die Beschaffung constanter Batterien. Die transportable Batterie ist auf alle Fälle immer nur ein Nothbehelf, und sie wird selbst in ihrer vollkommensten Ausbildung niemals den stationären Batterien gleich kommen an Constanz und Dosirung des Stromes, Messung des Widerstandes und dergl. Das ist bei der compendiösen Form, die von den transportabeln Batterien angestrebt, und ich

sage es ganz offen, mit Uebertreibung angestrebt wird, gar nicht zu leisten. Dazu kommt, dass meist Zinkkohlenelemente mit sehr starken Säuren verwandt werden, die hochgespannte Ströme mit starker Polarisationsfähigkeit, also mit starker Schmerzerzeugung produciren. Man treffe daher eine äusserst vorsichtige Wahl beim Ankauf einer transportablen Batterie und bedenke, dass selbst die, welche unter der Flagge eines „Anerkennungsdiplom" oder einer „goldenen Medaille" segeln, nicht immer werth sind, in dem therapeutischen Instrumentarium des Arztes geborgen zu werden. Ich meine aber, und das schien mir gerade der Betonung einmal nöthig zu sein, es solle sich jeder College, der sich überhaupt eine constante Batterie kaufen will, eine stationäre und keine transportable kaufen. Mit 40 Elementen, Stromwechsler, Stromwähler und einem guten Galvanometer kommt er für alle Fälle aus, und die wenigen Thaler Mehrausgabe entschädigen ihn und seine Patienten in weitreichendem Maasse. Der Strom versagt nie im nöthigen Momente und ist stets gleichmässig, nie schwankend, kann auf's genauste applicirt und controlirt werden, und ausserdem fallen die ewigen Reparaturen weg, die den transportabeln Apparaten habituell sind, und sie mit der Zeit viel kostspieliger werden lassen, als die stationären — anderer unzähliger kleiner Aergernisse und Verdriesslichkeiten der transportablen Apparate gar nicht zu gedenken. Die wirklich untransportablen Fälle verfallen ja doch meist der Anstalts- oder Spitalbehandlung, und der grösste Theil der electricitätsbedürftigen Clientel der Collegen kommt zu ihnen in's Haus. Sie wird aber mit wirklich guten Apparaten schnell, sicher und schmerzlos hergestellt, und das vermögen nur die stationären zu leisten.

Literatur.

Erb, Ueber eine eigenthümliche Localisation von Lähmung im Plexus brachialis. Verhandl. d. Heidelberger naturhistorisch-med. Vereins N. S. 1, 2, 1875.

E. Remak, Zur Pathologie der Lähmung des Plexus brachialis. Berl. klin. Wochenschr. 1877, 9.

Ten Kate Hœdemaker, Ueber die von *Erb* zuerst beschriebene combinirte Lähmungsform an der obern Extremität. Arch. f. Psych. IX, 738.

M. Bernhardt, Beitrag zur Lehre von den Lähmungen im Bereiche des Plexus brach. Zeitschr. f. klin. Med. IV. 3.

Seeligmüller, Eine seltene Schulterdifformität. Arch. f. Psych. IX, 435.

Henle, Nervenlehre.

Hirschfeld & Leveillé, Névrologie etc.

Bendorf bei Koblenz, den 5. Juni 1882.

Vereinsberichte.

Medicinische Gesellschaft in Basel.

Schriftführer für die Corresp.-Blatt-Referate Dr. *Daniel Bernoulli*.

Sitzung vom 2. März 1882.

Anwesend 25 Mitglieder.

Sitzung vom 16. März 1882.

Anwesend 19 Mitglieder.

In der ersten dieser 2 Sitzungen referirt Dr. *Albrecht E. Burckhardt* über den Stand der venerischen Krankheiten in Basel. Auf Antrag der Herren

Dr. *Barth* und *Baader* (vergl. Corr.-Bl. 1881, S. 494) erliess die medicinische Gesellschaft zu Anfang vorigen Jahres an die Aerzte Basels die Bitte, sie möchten jeden Fall einer venerischen Krankheit, der in ihre Behandlung käme, nach dem Muster der Anzeigen für Infectionskrankheiten einer Centralstelle melden. Darauf hin gingen von 29 Aerzten und 3 Krankenanstalten Mittheilungen ein, natürlich mit vollständiger Wahrung des ärztlichen Geheimnisses.

Einigen Werth verliert die Zusammenstellung dadurch, dass sich nirgendwo Angaben finden, die sich mit ihr vergleichen liessen. Basel ist bis jetzt die einzige Stadt, in welcher eine solche Untersuchung vorgenommen wurde; wenn ihr auch zahlreiche wohl gewürdigte Fehlerquellen anhaften, so ist doch auf die ganze Prostitutionsfrage so viel Licht geworfen worden, dass man zu ernsten Maassnahmen schreiten muss.

Die anschliessende Discussion nahm auch die 2. Sitzung in Anspruch. Das Referat soll mit Begleitschreiben dem Sanitätsdepartement von Basel mitgetheilt, die Statistik jedoch nicht fortgeführt werden. Ueber die Veröffentlichung der Arbeit konnte sich die Gesellschaft nicht einigen.

Sitzung vom 20. April 1882.

Anwesend 17 Mitglieder.

Dr. *Emil Burckhardt* stellt einen Fall von osteoplastischer Resection der Fusswurzel nach *Mikulicz* vor. Die 22jährige Patientin, Fabrikarbeiterin aus dem Elsass, lag schon längere Zeit auf der chirurgischen Abtheilung; sie litt in Folge von Lupus an completem Defect der Nase und wurde mehreren plastischen Operationen unterworfen. Während ihres Spitalaufenthaltes entwickelte sich eine cariöse Erkrankung der Fusswurzel, die trotz Evidement und partieller Talusresection weiter um sich griff. Da die Gelenkflächen der Unterschenkelknochen und der Calcaneus auch erkrankt waren, wird am 24. September 1881 die osteoplastische Resection nach *Mikulicz* ausgeführt: Steigbügelschnitt von der Tuberositas metatarsi quinti bis zur Tuberositas ossis navicularis; hierauf 2 seitliche bogenförmige Weichtheilschnitte, jederseits bis zur Spitze des Malleolus. Diese letztern werden über die hintere Circumferenz des Unterschenkels mit einander vereinigt. Es werden nun mitsammt den also umschnittenen Weichtheilen folgende Knochen entfernt: die Gelenkenden von Tibia und Fibula in der Länge von je 4 cm., die Reste des Talus, der ganze Calcaneus, die hintere Hälfte der Ossa naviculare und cuboïdeum. Der Vorderfuss wird nach hinten geschlagen, so dass die Sägeflächen dieser letztern Knochen direct denjenigen der Tibia und der Fibula anliegen.

Etagennaht, — *Lister*'sche Wundbehandlung. Die Heilung der Operationswunde erfolgt ohne Fieber, per primam intentionem. Späterhin werden nach subcutaner Tenotomie der Beugesehnen sämmtlicher Zehen die letztern im rechten Winkel zur Längsachse des Unterschenkels und Fusses fixirt. Patientin geht gegenwärtig ohne Schmerzen, doch meist am Stock. Beim Auftreten berührt der neugebildete Fuss mit den Köpfchen der Metatarsalknochen sowie mit den ganzen Plantarflächen der Zehen den Boden. Die Verkürzung des gesunden Beines beträgt 3½ cm., sie wird ausgeglichen durch eine entsprechend dicke Sohle; am operirten Fuss trägt

Patientin einen entsprechenden Schnürschuh. Die Operationswunde ist fest vernarbt; nirgends Fistelbildung.

Prof. *Socin* hält die Operation nicht für viele Fälle am Platze; vielleicht findet doch noch später eine Verschiebung statt. Wer sich eine Prothese kann und will gefallen lassen, ist bei tiefer Unterschenkelamputation doch weniger genirt und wird entschieden viel besser gehen können, besonders seit es dem Instrumentenmacher Angst in Basel gelungen ist, einen künstlichen Fuss zu construiren, der nicht nur Dorsal- und Plantarflexion, sondern auch Pronation und Supination erlaubt.

Prof. *Socin* erklärt darauf noch die an derselben Patientin ausgeführten rhinoplastischen Operationen. Die neugebildete Nase, obschon nicht sehr schön, wird doch ihre Form nicht mehr verändern, denn der grosse dreieckige Stirnlappen ist doppelt unterfüttert mit Haut aus der Wange und aus der Glabella; dadurch wird jede secundäre Schrumpfung vermieden.

Sitzung vom 4. Mai 1882.

Anwesend 24 Mitglieder und 1 Gast.

Prof. *Schiess* weist zunächst einen kleinen Apparat vor, der vor circa 2 Jahren von Optiker Iberg construirt worden, welcher durch eine Schraube mit Zahnrad eine bequemere und raschere Bestimmung der Axenrichtung cylindrischer Gläser erlaubt. Hierauf stellt er einen 26jährigen Mann vor, bei dem innerhalb 4 Monaten eine totale Resorption eines angeblich spontan entstandenen Catarakts erfolgt ist und knüpft daran einige Bemerkungen über Entstehung traumatischer Catarakte ohne Verletzung der Bulbuskapsel. Es werden dann eine Anzahl pathologisch-anatomischer Präparate demonstrirt; zuerst ein Fall von trichterförmiger Neubildung im Glaskörper, dann 2 wenige Tage nach einander beobachtete Fälle von Netzhautgliom, der eine mit rasch entstandenem Exophthalmus und entschiedenem Buphthalmus, wobei die Geschwulstmasse durch den Opticus bis in den Schädel gedrungen und dort im Schläfelappen einen grossen Gliomknoten gesetzt hatte; im andern Fall war die Geschwulstmasse auf die Netzhaut beschränkt geblieben.

Hieran anschliessend folgt die Demonstration einer vom hintern Pol des Auges ausgehenden Geschwulst, die wahrscheinlich schon intrauterin ihren Anfang genommen und bei hochgradiger Ausdehnung und Verdünnung der Formhäute des Auges ein Gliom vortäuschte. Die Geschwulst gehört dem bindegewebigen Typus an, ist hinten derber, hat Chorioidea und hintere Retinaltheile völlig in sich aufgenommen, in den vordern Partien finden sich eigenthümliche cylindrische Fortsätze, theils feste Zapfen, theils helle Schläuche darstellend. Nach vorn schliesst sich an die Geschwulst die abgelöste Retina an.

Dann folgt noch die Vorweisung einer hochgradigen Chorioidealverknöcherung mit Petrification der Linse und die Vorführung eines Bulbus, bei dem im Laufe von 16 Jahren nach beginnender Iridochorioiditis, die für 14 Jahre durch eine Iridectomie still gestellt worden, schliesslich durch spontane Linsen- und Corneaschrumpfung mit totaler Netzhautablösung und cyclitischen Schwarten das Auge zerstörte.

Geschäftliches.



Referate und Kritiken.

Die moderne Hernien-Radicaloperation unter antiseptischen Cautelen.

Inauguraldissertation von *C. Ausderau.* Bern, 1880. 99 S.

Verfasser stellt — nach cursorischer Besprechung der verschiedenen Behandlungs- und Operationsmethoden, die seit *Celsus'* Zeiten je und je geübt wurden — die während der antiseptischen Periode bis zum Jahre 1879 veröffentlichten einschlägigen Fälle (112) zusammen, und zwar sowohl die bei beweglichen als bei incarcerirten Hernien vorgenommenen Operationen. Das grösste Contingent der Fälle liefern *Socin* und *Czerny* mit je 20. Im Anschluss an die Uebersichtstabellen folgt eine systematische Erörterung über die verschiedenen Modificationen der sog. Radicaloperation, deren sich 9 in den mitgetheilten Fällen vertreten finden. Verf. stellt bezüglich des zu erzielenden Resultates 4 Postulate auf, deren Erfüllung einzeln oder im Vereine die Radicalheilung bewirkt. Sie lauten:

1) Completer Verschluss des Bruchsackhalses.
2) Verhinderung der Bruchsackneubildung.
3) Haltbarer Verschluss der Bruchpforte.
4) Vorlagerung eines obturirenden Gebildes vor der Bruchpforte.

(Unter letzterem versteht *A.* das Narbengewebe, das, vom obliterirten Bruchsack oder dessen Stumpf herrührend, die Pforte verlegt.) Folgt eine eingehende Untersuchung der verschiedenen Methoden in Bezug auf Erfüllung genannter 4 Postulate. Als Résumé stellt Verf. folgendes Normalverfahren auf: Ausgiebige Incision; Bloslegung und Spaltung des Bruchsackes; Reposition (ev. nach Resection des Netzes) seines Inhaltes; Isolirung des Bruchsackes und möglichst hohe Unterbindung seines Halses (Catgut); Abschneiden unterhalb der Ligatur; Naht der Bruchpforte; Vereinigung der Hautwunde; exacter *Lister*'scher Verband — eine Operationsweise, die von *Socin* von jeher ausgeführt wird. Den Bruchsack räth Verf. nur bei ausgedehnten und sehr festen Verwachsungen in der Wunde zurückzulassen. Grosse und verwachsene Netzstücke sollen resecirt werden. Unbedingt indicirt hält *A.* die Radicaloperation: 1) Im Anschluss an die Herniotomie. 2) Bei nicht incarcerirten Brüchen, die entweder irreponibel sind oder durch Bruchbänder sich nur mangelhaft oder unter Schmerzen zurückhalten lassen. *Emil Burckhardt.*

Etude du résultat définitif dans la cure radicale des hernies.

Basler Inauguraldissertation von *Victor Cuénod.* 1881. 66 S.

Die vorliegende Dissertation bildet eine schätzbare Fortsetzung und Completirung der s. Z. von *Steffen* (Basler Inaug.-Dissert. 1879) gebrachten Arbeit über 16 auf der *Socin*schen Klinik ausgeführte Radicaloperationen. *Cuénod* stellt sich die Aufgabe, über die fernern Schicksale resp. Endresultate sowohl der 16 von *Steffen* aufgezählten, als auch sämmtlicher seither (bis Ende 1880) von *Socin* operirten Fälle zu berichten. Im Ganzen wurden vom November 1877 bis Ende 1880 auf der Basler Klinik 44 Radicaloperationen bei beweglichen und incarcerirten Hernien vorgenommen. Von diesen streicht Verf. 10 (5 †, 5 nicht mehr aufzufinden); es bleiben somit als Basis der Arbeit 34 Fälle. Die Krankengeschichten dieser letztern, sowie die Resultate der vom Verf. vorgenommenen localen Untersuchung werden mitgetheilt. Die seit der Operation bis zur Untersuchung verstrichene Zeit variirt zwischen 9 und $43^1/_2$ Monaten. Es finden sich:

Bei beweglichen Hernien 52,9% Recidive, 47,1% Heilungen (62,5% resp. 37,5% bei *Czerny*).

Bei incarcerirten Hernien 17,6% Recidive, 82,3% Heilungen (60,0% resp. 40,0% bei *Czerny*).

Von den 12 Recidivfällen sind 10 Inguinal- und 2 Cruralhernien, eine Erscheinung, die in Rücksicht auf die anatomischen Verhältnisse leicht erklärlich ist. Als Nachbehandlung für alle Fälle empfiehlt Verf. zur möglichsten Sicherung eines guten Resultates mit Recht das Tragen eines Bruchbandes, eine Maassregel, die leider sehr häufig von den Pat. vernachlässigt wird. *C.* kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: Vor Verfluss von ca. 2 Jahren kann ein endgültiges Urtheil über den Erfolg der Radicaloperation nicht abgegeben werden. — Die Radicaloperation ist indicirt, wenn die Hernie durch ein Bruchband nicht zurückgehalten werden kann, oder wenn ein solches nicht ertragen wird. Sie

soll immer im Anschluss an die Herniotomie ausgeführt werden. — Den Ausdruck „Radicaloperation“ will Verf. nur bei Kindern gelten lassen, da er nur bei diesen (d. h. laut seinen Tabellen bis zum 20. Lebensjahr) keine Recidive beobachtete. — Als Contraindication resp. als einen guten Erfolg sehr in Frage stellend, sind die chron. Erkrankungen der Lungen und Bronchien zu betrachten. *Emil Burckhardt.*

Cantonale Correspondenzen.

St. Gallen. Zum Würzburger Universitätsjubiläum. Verrauscht ist zwar der Festjubel, der in den ersten Tagen des August die freundliche Musenstadt am Main erfüllt hat, verschwunden der farbenreiche Schmuck ihrer Strassen und öffentlichen Gebäude. Noch frisch und lebendig aber schwebt wohl das Bild jener schönen Tage vor dem Auge mancher Festbesucher, welche daselbst den Traum der Jugend nochmals in verjüngter verklärter Gestalt an sich vorbeiziehen sahen. Es war — hoch über das Niveau alljährlich wiederkehrender Volks- und Gelehrtenfeste sich erhebend — ein festliches Ereigniss von geradezu culturgeschichtlicher Bedeutung, das in weite Fernen von Raum und Zeit seine Kreise gezogen und Generationen zu freiem fröhlichem Gedankenaustausche zusammengeführt hat, die sich sonst für immer fern geblieben wären. Auch aus unserem schweizerischen Vaterlande fanden sich ehemalige Musensöhne der gefeierten Alma Julia ein, um sich an den Huldigungen zu betheiligen, welche der fortdauernden Existenz und Blüthe dieser Pflanzstätte der Wissenschaft gebracht wurden. Wir waren unser zwar nur ein schwaches Dutzend, aber voller Lust und Freude über dieses alle Kreise Würzburgs umfassende Fest. Und ausserdem war es uns ja, Dank der freiwilligen Pietät, welche eine ungleich grössere Zahl Daheimgebliebener werkthätig an den Tag legten, vergönnt, mit vollen Händen zu erscheinen und auch in ihrem Namen eine schöne Gabe auf den Festaltar zu legen, über den sich ein wahrer Strom von Glückwünschen und Ehrenspenden ergossen hat. Sehr wahr und schön hat denn auch Rector *Wislicenus*, eine ihr Amt durch Geist und patriarchalische Erscheinung würdevoll repräsentirende Persönlichkeit, am Schlusse jenes feierlichen Festactes sich fast wörtlich dahin ausgedrückt: „Unser Festtisch ist mit Gaben förmlich überschüttet, er vermag die Zahl und Grösse der Spenden nicht mehr zu fassen, er droht unter ihrer Last zusammenzubrechen, haltet ein!“ — Besten Dank also nochmals Allen, welche dem Aufrufe des für Organisirung der schweizerischen Sammlung aufgestellten Comités so bereitwillig Folge geleistet und dadurch die den Schweizercharakter so hoch ehrende Kundgebung ermöglicht haben. Das Comité glaubt ihnen um so eher gerade in diesen Blättern Rechenschaft über die Erfüllung des erhaltenen Mandates ablegen zu sollen, als der weitaus grösste Theil der Beitragenden dem ärztlichen Stande angehört. Es kann letztere Wahrnehmung wohl kaum befremden, wenn man in Betracht zieht, dass Würzburg für uns Schweizer seit langen Jahren unter den deutschen Hochschulen in eminentem Sinne des Wortes die Rolle der „medicinischen Universität“ eingenommen hat, welcher wir eine ansehnliche Zahl ausgezeichneter Lehrer und Diener der Heilwissenschaft zu verdanken haben. — In Aufrechthaltung der von der vorberathenden Versammlung vom 27. Mai in Zürich ausgesprochenen Intentionen hielt das Comité, bestehend aus den Herren Dr. *A. Baader* in Basel, Präs., Prof. *F. A. Forel* in Morges, Dr. *Goll* in Zürich, Cassier, Prof. *Immermann* in Basel, Prof. *P. Müller* in Bern, Dr. *Rheiner* in St. Gallen, Schriftführer, an dem Beschlusse fest, nicht nur die Universität mit einer Spende zu ehren, sondern auch der Stadt Würzburg selbst in ihrer Bürgerschaft, welche jene als ihr Schoosskind hegt und pflegt und jederzeit auch den jungen Academikern aus der Schweiz sympathisch zugethan war, ein Gedenkzeichen der Pietät zu widmen. Es hat sich dieser Gedanke als ein durchaus gerechter, den Verhältnissen angemessener erwiesen, war es ja in ganz besonderem Maasse die Bürgerschaft mit ihren geistigen Spitzen, welche in Ermangelung von Staatssubvention durch ihre eigene opferwillige Energie das Zustandekommen dieser herrlichen Jubelfeier, dieser den Ideen fortschreitender Cultur und freiem Streben nach Erkenntniss gebrachten Ovation ermöglicht hat.

Nach Maassgabe der erzielten pecuniären Mittel wurden schliesslich folgende Spenden bestimmt: 1) Für die Universität, zu Handen ihrer Bibliothek, die geschmackvoll

gebundene complete Sammlung der Jahrbücher des schweizerischen Alpenclubs — eine specifisch schweizerische, literarisch und artistisch sehr werthvolle und seltene Gabe und zugleich ein sinniges unverwelkliches Pendant zu einem prächtigen Strausse von Alpenblumen aus Engelberg, der, es sei hier schon bemerkt, durch strahlende Frische und geschmackvolle Gruppirung allgemeine Bewunderung erregt hat. 2) Für **Magistrat und Bürgerschaft**: ein Erzeugniss schweizerischer Alpenindustrie, bestehend in einer kostbaren, mit kunstreichem Schnitzwerk umrahmten Stockuhr, über welcher ein Adler seine schützenden Fittige ausbreitet — auch diese begleitet von einem gleich beschaffenen, würzig duftenden Blumengrusse aus den Bergen unseres schönen Heimathlandes. Ausserdem hatten aus Auftrag des Comité die Herren Prof. Dr. *Immermann* an die Universität und Dr. *Rheiner* an die Bürgerschaft Glückwunschadressen verfasst, welche, in urkundliche Form gebracht, sehr schön auf Pergament gedruckt, von sämmtlichen Comitémitgliedern Namens aller ehemaligen Würzburger unterzeichnet, in Verbindung mit der schon genannten Spende überreicht werden sollten. Geschah auch diese Uebergabe an die Universität nicht mehr innert dem Rahmen des feierlichen, ausschliesslich für officielle Kundgebungen vorgesehenen Begrüssungsactes, so fand unsere Namens der ehemaligen Schweizerstudenten dargebrachte Huldigung dennoch unmittelbar im Anschluss an jenen für ein einfaches Schweizergemüth fast allzu ceremoniellen Festact nur ein um so herzlicheres Entgegenkommen seitens des Rectors, und zwar noch inmitten des prunkvollen Festsaales, welcher soeben von zahllosen glänzenden Allocutionen wiederhallt hatte. Auch war es wohl er, auf dessen Weisung hin noch gleichen Abends in der Festchronik von diesem Acte schweizerischer Pietät in speciell ehrender Weise Notiz genommen worden ist.

Noch ungleich lohnender und von eigenthümlichem Gepräge war aber der eine Festepisode für sich bildende Act der Uebergabe an Bürgermeister und Rath der Stadt Würzburg, welcher auf vorgängige Vereinbarung hin am zweiten Festtage, den 2. August Morgens 9 Uhr, im alterthümlichen und zu diesem Zwecke festlich decorirten Rathssaale des Magistratsgebäudes vor sich ging. Da war es denn, wo Bürgermeister Dr. *v. Zürn*, umgeben von einer Anzahl von Rathsmitgliedern, sämmtliche in Würzburg anwesenden schweizerischen Festtheilnehmer in feierlicher Audienz empfing. Dem Ref. fiel hiebei die Ehre zu, die von ihm für die Bürgerschaft verfasste Glückwünschadresse ihrem Wortlaute nach zum Vortrage zu bringen, indess anschliessend andere Mitglieder des Comités die Ueberreichung des in üppiger Schönheit strahlenden Alpenstrausses und die Enthüllung der von einer Gruppe von grünem Reisig und Blattpflanzen geschmackvoll umgebenen Stockuhr besorgten und auch ihre Functionen mit einigen kurzen Worten begleiteten. Auf eine die dargebrachte Ovation in den herzlichsten Ausdrücken verdankende Gegenansprache des Bürgermeisters folgte ein Viertelstündchen ungezwungener Unterhaltung, gewürzt und belebt durch einen Ehrentrunk aus dem Bürgerkeller, der bekanntlich eine Fülle von auserlesenen Creszenzen aus dem rebengesegneten Frankenlande in seinem Schoosse birgt. Der Schweizeruhr aber wird ein bleibender Ehrenplatz in diesem gastlichen Rathssaale zu Theil werden.

Es würde den für gegenwärtigen Zweck verfügbaren Raum dieser Blätter weit überschreiten, wollten wir unsere Berichterstattung auf weitere Festepisoden allgemeinerer Natur ausdehnen; ist ja ein grosser Theil der Tagespresse dem Verlaufe des Festes in Wort und Bild aufmerksam gefolgt, und findet jeder specieller hiefür sich interessirende Leser reichlichen Genuss und Belehrung in der bei Thein in Würzburg erschienenen Festchronik „Alma Julia". Dennoch kann Ref. schliesslich nicht umhin, beizufügen, dass namentlich die Stunden, welche er mit seinen Landsleuten in der grossartig angelegten Ludwigshalle, dem allabendlichen Sammelpuncte zahlloser Festgenossen und Bürger, mitten in einem riesigen und doch jederzeit würdigen Festgewoge zubrachte, zu den schönsten Erinnerungen gehören, die er aus dieser denkwürdigen Feier mit nach Hause genommen hat. *R.*

Wir geben anschliessend noch Rechnungsbericht. Es gingen beim Cassier, Herrn Dr. *Goll*, ein aus St. Gallen von 20 Gebern 265 Fr., Zürich (6) 140, Baselstadt (6) 130, Waadt (8) 125, Bern (6) 115, Aargau (10) 115, Freiburg (8) 105, Graubünden (5) 90, Uri (2) 40, Zug (4) 35, Luzern (4) 35, Appenzell (3) 25, Thurgau (3) 20, Unterwalden (3) 20, Neuchâtel (2) 15, Solothurn (1) 15, Genf (1) 10, Schwyz (1) 7, Schaffhausen (1) 5.

Zusammen von 94 Gebern 1312 Fr., welche verwendet wurden: Uhr mit Schnitzwerk Fr. 611. 50; Jahrb. d. schweiz. Alpenclub, completes Exemplar sämmtlicher Jahrgänge sammt Beilagen, gebunden Fr. 320; zwei Alpenblumenbouquet Fr. 10; Drucksachen Fr. 180. 20; Adressen und Abzüge Fr. 76. 50; Fracht, Porti, Frankaturen etc. Fr. 60. 30, zusammen Fr. 1258. 50, so dass ein Einnahmenüberschuss von Fr. 53. 50 bleibt, welcher dem Würzburger Comité ehemaliger Studirender als Tropfen in das Meer der Festkosten soll zugesandt werden.

Wir bringen nachfolgend noch die ausgezeichnet abgefassten Adressen zum Abdrucke:

I. Der **Alma Mater Julia Maximiliana** zur III. Säcularfeier ihres Bestehens ehrerbietigen Gruss und innigen Glückwunsch!

Aus allen Theilen des gesegneten bayerischen Landes, aus allen Gauen des weiten deutschen Reiches sind auf den Ruf der Alma Mater hin Würzburg's ehemalige Commilitonen, mächtig an Zahl, jetzt herbeigeeilt, um gemeinsam mit den Insassen der ehrwürdigen Mainstadt in deren Mauern das 300jährige Jubelfest der Universität feierlich zu begehen. — Aber auch über Deutschlands Grenzen hinaus, ja weiter noch, als deutsche Zunge klingt, fand jener Ruf vielerorts freudigen Wiederhall; denn auch jenseits des Reiches Marken gibt es in nachbarlichen Landen rings umher der „alten Würzburger“ nicht Wenige, deren Herz, unvergesslicher Erinnerungen an alte Burschenherrlichkeit voll, höher und vernehmlicher schlägt, so oft der Julia Maximiliana Name genannt wird und der Laut „Würzburg!“ ertönt. Und, ob weit der Weg und lang die Fahrt, auch mancher dieser auswärtigen und fernen Söhne der Alma Mater ist heute herzugekommen, um am Ehrentage der Mutter dieser nahe zu sein und den eigenen beglückwünschenden Gruss zu dem Chore der übrigen zu mischen!

So nahen auch wir uns hier, — ein Fähnlein alter Würzburger aus dem Lande Schweiz —, und stellen uns zu den Reihen der Getreuen! Wir kommen von den Bergen und Thälern der Heimath Helvetia, von der Hochwart der Alpen, der Wiege der Rhone und des Rheinstromes, hierher an die Ufer des Maines, um der hehren Julia Maximiliana, der wir einst Treue gelobt, anlässlich ihres dreifältigen Centenariums den Fahneneid der Treue zu erneuern!

Wir kommen daher, in mässiger Zahl zwar, doch nicht nur für uns, vielmehr noch für Andere, Viele, die gleichgesinnt mit uns, in der Heimath zurückblieben, — um aus schweizerischem Munde der geliebten Hochschule Würzburg den Festgruss in Treuen zu entbieten; wir haben freudig-ernst und mit bewegten Herzen den durch theuere Erinnerungen geweihten Boden der alten Musenstadt wieder betreten, — der sonnigen academischen Tage gedenkend, da wir hier, — an Sorge arm, an Hoffnung reich —, lernensfroh zu den Füssen unserer Lehrer und Meister sassen, köstliche Unterweisung von ihnen empfingen, — lebensfroh aber auch zugleich mit lieben Freunden, treuen Genossen köstliche Stunden academischer Jugendlust voll und ganz genossen! Dem Jugendtraume entwachsen und zu Männern gereift, sehen wir heute das schöne Bild vergangener Zeit in schönerem Glanze, verklärt noch von des Festes Schimmer, neu vor unseren Blicken erstehen, und selbst die Trauer um Verlorenes, Unwiederbringliches vermag die Freude der Gegenwart nicht in uns herabzudrücken. Manchen zwar unserer Lehrer, manchen auch unserer Commilitonen deckt das Grab, — Ehre Ihrem Andenken! — Andere, die für uns wirkten und mit uns waren, obzwar lebend, weilen leider ferne, — Ihnen unsern Gruss! — Zur Stelle aber sind, gleich uns, doch auch der Verehrtesten, der Liebsten nicht Wenige, — und über Allen noch steht in unverwelkter Jugendfrische Sie, der das Fest gilt, die Alma Mater, an Ehren reich, strahlend im Glanze des Glücks, künftigen Ruhmes gewiss, segenverheissend auch spätern Geschlechtern! Möge, — das ist unseres Herzens Wunsch, Würzburg's und seiner Hochschule Stern leuchten für und für, — möge die Alma Julia Maximiliana, ihrer grossen Vergangenheit getreu, auch im vierten Jahrhundert ihres Bestehens bleiben: eine Leuchte der Wissenschaft, eine Pflanzstätte alles Schönen und Guten, die Zierde des fränkischen Gaues!

Im Namen der ehemaligen Würzburger Studirenden aus der Schweiz die Deputation: (Unterschriften).

II. Der **Bürgerschaft der Stadt Würzburg** entbieten die ehemaligen Würzburger Studirenden aus der Schweiz achtungsvollen Gruss und herzlichen Glückwunsch!

Die 300jährige Jubelfeier der Universität Würzburg bildet ein Ereigniss in der Ent-

wicklungsgeschichte academischen Lebens, von dem auch eine grosse Zahl Schweizer, welche an der Alma Mater Julia Maximiliana einst Tage und Jahre fleissigen Studiums und frohen Jugendmuthes verlebt haben, auf das Lebhafteste berührt worden sind.

Miterben der geistigen und materiellen Errungenschaften früherer Culturperioden, haben wir Alle auch die moralischen Verpflichtungen jener Generationen mitübernommen. Mit noch grösserer Wärme aber hegen wir als Zeugen und Mittheilhaber einer neuern Bildungsepoche die Gefühle persönlicher Hochachtung und Dankbarkeit gegenüber ihren dermaligen Trägern und Hütern.

So benützen denn auch wir Schweizer mit Freuden den erhebenden Moment, da die Universität Würzburg, hochgeachtet von der ganzen gebildeten Mitwelt, am Ende eines so umfangreichen Zeitabschnittes ihrer ruhmwürdigen Wirksamkeit angelangt ist, um jene Empfindungen zum lebendigen Ausdruck zu bringen und uns den Huldigungen anzuschliessen aller übrigen Zeitgenossen, die an dieser reichsprudelnden Quelle geistigen Lebens getrunken haben. Wir wissen, dass jedes ächte Würzburgerherz, welchen Standes und Berufes es sei, seinen Antheil hat am Stolz und der Freude über dieses bedeutsame, für viele Generationen nicht wiederkehrende Ereigniss, und fühlen uns deshalb gedrungen, auch Ihnen, hochgeachtete Herren, als den Vertretern dieser gesammten Bürgerschaft, sowie als den Mithütern der nun gefeierten, durch Alter und Leistungen geheiligten Institution unsern wärmsten Glückwunsch darzubringen. Ist ja die Stadt und deren Bürgerschaft der lebendige Boden, aus welchem jener Born geistigen Lebens und Schaffens entsprungen ist, mit dem sie durch Jahrhunderte organisch unzertrennlich verknüpft war, und dem sie jederzeit redlich säen und mitbefruchten half in Allem, was zumal das moralische und physische Wohl des jungen Academikers berühren mochte.

Es würde den Rahmen eines einfachen Festgrusses, den Ihnen hiemit, hochgeachtete Herren, die ehemaligen Würzburger Studenten aus der Schweiz vom Fusse der Alpen aus entbieten, weit überschreiten, wollten wir einzelne oder mehrere Blätter der Geschichte Ihrer Stadt aufrollen, auf denen sich bedeutsame Ereignisse, sowie hellleuchtende Bilder von edlem Bürgersinn und hoher Bürgertugend verzeichnet finden. Dennoch können wir nicht umhin, auch unsererseits mit besonderm Nachdrucke jener grossartigen, reichbedachten Stiftung auf dem Gebiete der Humanität zu gedenken, welche, der Gründung der Universität vorangehend, den fruchtbaren Boden bildete, auf welchem von ehedem bis heute Würzburg's medicinische Schule sich eine weit über die Landesgrenzen hinausragende Bedeutung und damit der gesammten hohen Bildungsanstalt bleibenden Weltruf errungen hat — zum unvergänglichen Ruhme ihres gemeinsamen Stifters, dessen Name in Spital und Universität, diesen Denkmälern seines humanen schöpferischen Geistes, fort und fort leben wird. Ist es unnöthig, seinen Namen im Besondern auszusprechen, da er doch an diesen festlichen Tagen auf Aller Lippen schwebt, so erlassen Sie uns auch die weitere Pflicht, die Namen all' Derjenigen einzeln zu nennen, die nach ihm seine Stiftungen mit besonderer Liebe und Erfolg gehegt und gepflegt haben. Auch Ihnen sind sie ja bekannt genug, die in Hörsäälen und Laboratorien, sowie am Krankenbette durch zündende Beredtsamkeit in Wort und Schrift, durch exacte Forschung, durch kunstgeübte sichere Hand, wie durch edle Menschlichkeit und aufopfernde Hingebung geglänzt und so eine mächtige Anziehungskraft auf die studirende Jugend aller Länder und Zungen ausgeübt haben. Auch wir Schweizer sind diesem Zuge nach Würzburg von jeher mit Vorliebe gefolgt, zumal aber mit freudiger Genugthuung, als an dieser hohen Schule, in Hochhaltung des cosmopolitischen Werthes, welcher hervorragende wissenschaftliche Forschung und Lehrtüchtigkeit zukömmt, auch einem ausgezeichneten Vertreter schweizerischer Gelehrsamkeit ein Ehrenplatz geöffnet worden war.

Befestigt durch den dem Schweizernaturell befreundeten Volkscharakter Ihrer Bürgerschaft haben diese Sympathien für die „grünende Stadt am Main" dauernde Wurzeln gefasst und werden sie in uns fortleben, so lange Geist und Gemüth die Eindrücke und Erinnerungen einer schönen, frohen Jugendzeit festzuhalten vermögen. Glücklich und beneidenswerth daher Diejenigen, denen es vergönnt ist, diese liebgewordene ehrwürdige Stätte wiederum zu betreten, um mit einzustimmen in den Jubel, der nun ganz Würzburg erfüllt.

Indem wir, hochgeachtete Herren, Sie nochmals bitten, den Ausdruck unserer Hochachtung und dankbaren Ergebenheit für sich und zu Handen der gesammten Bürgerschaft

zu genehmigen, schliessen wir unsern Festgruss mit dem herzlichen Wunsche, es möge über Würzburg und seinem Schoosskinde, der Universität, auch fernerhin ein freundlicher Stern walten, auf dass sie beide, harmonisch zusammenwirkend, sich immer blühender entfalten und dem ganzen Lande Bayern zum bleibenden Stolze gereichen.

Vivant, crescant et floreant in æternum!

Im Namen der Würzburger Studirenden aus der Schweiz die Deputation: (Unterschriften).

Operationscurs für Militärärzte vom 6.—19. August in Zürich. Militärisches Wesen und Sonderexistenz des Privatmannes, Kriegswissenschaft und speciell medicinisches Fachstudium, — wo ist der Satz des utile cum dulce besser angewandt, als bei unserem militärischen Operationscurse, welcher am 6. August die Zahl von 19 treuen Jüngern der Heilswissenschaft in Zürichs Mauern versammelte. Mag auch sonst der im Leben stehende Arzt wenig entzückt sein, wenn er, seiner Praxis entsagend, in die Recruten- und Wiederholungscurse einrückt, hier folgt er frohen Muthes dem ergangenen Rufe; es ist ihm, als ob er eine, leider nur zu kurz dauernde Reise anträte zur geliebten alma mater seiner Studentenjahre, doch nach mehrjähriger Praxis gereift jetzt an Beobachtungskraft, an Verständniss seines Faches und wohl bekannt mit den Lücken im Gebiete seines medicinischen Wissens; und sind es doch gerade die wichtigen Gebiete der Chirurgie und Ophthalmologie, in welche er an der Hand eines bewährten Forschers einen neuen Einblick thun soll, scharf fixirend das in den letzten Jahren frisch Errungene, sich einweihend in den pulsirenden Entwicklungsgang der in nächster Zukunft auszuarbeitenden Probleme. Drum sei mir gegrüsst, — und lebt wohl in jedem der Theilnehmer ein freundliches Andenken an den verflossenen Operationscurs.

Ein reichhaltiges Material erwartete uns, und nachdem vom Cursleiter, Herrn Major Dr. *Albrecht*, jeder sich Anmeldende in freundlichster Weise bewillkommt worden, ging's gleich hinter die Vertheilung des Arbeitspensums, zur Feststellung des Stundenplanes: Militärhygieine, Militärorganisation, Organisation des Sanitätsdienstes bei den einzelnen Truppen wie bei der Ambulance und dem Feldlazareth, Sanitätsrapportwesen, Instruction über Ausmusterung, Kenntniss des Corpssanitäts-, wie vorzüglich des Ambulancematerials, ein wenig Soldatenschule nicht zu vergessen, sowie die practischen Uebungen im Aufstellen und Einrichten einer Ambulance, Kenntniss des Bahntransportmateriales bildeten das vielseitige Thema, dessen Behandlung unser verehrter Cursleiter, Herr Major Dr. *Albrecht* und Herr Sanitätsinstructor Dr. *Fröhlich* auf sich nahmen und welches die ganze Schule immer Morgens von 6—8 und Nachmittags von $^1/_2$3—4 Uhr in der zürcherischen Caserne vereinigte. Folgten wir auch einzelnen der angeführten Aufgaben mehr nur anstandshalber mit grosser Aufmerksamkeit, so boten hinwiederum andere, wie besonders die schöne Art, mit welcher die Militärhygieine in anregendster und gründlicher Weise vom Cursleiter behandelt wurde, des Neuen und Interessanten so viel, dass Alle diesen Vorlesungen ein ungetheiltes Interesse darbrachten. Dafür gaben die Stunden für Instruction und Kenntniss des Sanitätsmateriales beim Corps und Ambulance unserm lieben Herrn Dr. *Fröhlich* reichlich Gelegenheit, mit hingebender Geduld und Selbstverleugnung das etwas defecte Wissen seiner Collegen wieder auf den normalen Stand eines Sanitätsofficiers mit Hauptmannsgrad zu bringen und wäre es wohl schwer, einen schönern Weg einzuschlagen, um das verlangte Ziel zu erreichen. Auch die Soldatenschule, nur von wenigen unberufenen Augen im Casernenhofe überwacht, nahm so einen erfolgreichen Ausgang.

Die Hauptarbeit des Tages aber concentrirte sich von Morgens 8 bis nach 12 Uhr und Abends von $^1/_2$5—$^1/_2$7 Uhr im Spital und theilte sich in die Vorlesungen bei Herrn Prof. *Krönlein* über Kriegschirurgie, chirurg. Klinik und Operationscurs, dann Augenuntersuchungen, Refractionsanomalien, Simulation und Kenntniss der neuesten Methoden der Behandlung bei Verletzungen des Auges bei Herrn Prof. *Horner*, und in den Verbandcurs bei Herrn Secundararzt Dr. *Lüning*. In diesen Vorlesungen vereinigte sich wohl das ungetheilte Interesse aller Anwesenden, denn in jeder Stunde, in jeder Minute kann man wohl sagen, wurden hier die wichtigsten Fragen unserer Wissenschaft in gründlicher, aber höchst concentrirter Form behandelt und gerade derjenigen Theile des medicinischen Wissens, welche durch ihre enormen Umgestaltungen mehr als je das Interesse des ausübenden Arztes bedingen, durch welche Umgestaltungen eben ihre Verwendung bei ge-

höriger Kenntniss einem Jeden näher gelegt ist. Während in der chirurg. Klinik beinahe alle grössern Operationen, wie vorzüglich Resectionen und Amputationen zur Ausführung kamen, bot sich reichliche Gelegenheit, alle neuern Methoden der Wundbehandlung zu besprechen, unter welchen neben der Allen geläufigen *Lister*'schen Methode wohl am meisten Interesse erweckte die in Zürich gebräuchliche Methode der Jodoformverbände und ihre Heilresultate, besonders mit Rücksicht auf die „Heilung unter dem Schorf", eine Methode, welche die weitgehendste Perspective eröffnet für die nächste Gelegenheit kriegschirurgische Technik zu üben! Herr Dr. *Lüning* zeigte dann bis in das kleinste Detail die Technik aller dieser Verbände.

In meisterhaftem Vortrage führte uns Herr Prof. *Horner* in den wenigen Stunden wieder vollkommen ein in die für den Militärarzt so wichtigen Methoden der Augenuntersuchung, in angenehmster Weise Theorie und Praxis vereinigend und seine Mittheilungen über das ärztliche Verhalten bei Verletzungen des Auges liessen wohl Alle fühlen, wie viel Wichtiges auch in der Ophthalmologie das letzte Decennium gebracht habe.

Rechnen wir hiezu die Instruction, welche die Curstheilnehmer an 3 Nachmittagen durch Herrn Oberst *Bollinger* erhielten über tactische Formen und Gefechtsmethoden und Verwendung der Sanitätstruppen hiebei, sowie des Traindienstes durch Herrn Oberstlieut. *Schuhmacher*, so mag man es begreiflich finden, wenn das am Schlusse des Curses abgehaltene Banket eine frohe Gesellschaft vereinigte, wo jeder Theilnehmer durch die zusammen geleistete Arbeit auch mit freundschaftlichem Interesse an seine Collegen sich gebunden fühlte. Sei es uns gestattet, des ächt patriotischen Toastes unseres Cursleiters zu erwähnen, der von Herzen kam und zum Herzen ging, sei es uns erlaubt, aus dem Toaste unseres verehrten Herrn Prof. *Horner* — seiner Schlussvorlesung, wie er sich auszudrücken beliebte — die Worte hervorzuheben: „So wünsche ich Ihnen denn Allen, dass Sie in Zukunft Emmetropen seien bei der Beurtheilung Ihrer Fälle, — beim Stellen der Diagnose keine Myopen, weitsichtig aber in der Prognose, dass Ihr Fall Ihnen durchsichtig erscheine, und eine kleine Appravation mag ich Ihnen auch erlauben, so z. B. dass Sie einen Magencatarrh als event. Typhus, eine Bronchitis als eine Phthisis in weitester Ferne erklären und Ihnen Allen wünsche ich einen Magneten in die Tasche, welcher nicht nur Eisen anzieht, sondern — —" *S.*

Wochenbericht.

Schweiz.

— **IV. internationaler hygieinischer Congress in Genf** vom 4.—9. September 1882. Die Congresse folgen sich rasch und wenn die Wissenschaft sammt dem Fortschritte und der volksthümlichen Verbreitung derselben so schnelle marschirten, wären wir am Anfange eines goldenen Zeitalters — und dennoch ist die Hoffnung auch in dieser Frage kein leerer Wahn und der heute zu Ende gehende Congress hat seine Berechtigung für alle Theilnehmer vollgiltig bewiesen. Er war ernst, anregend und strahlte nicht nur im seltenen Sonnenscheine dieses Jahres, sondern auch im Glanze einer freundlichen Collegialität, zu welcher die Genfer mit ihrer feinen Gastfreundschaft wie mit ihren groben Münzsorten nicht das Wenigste beigetragen. Der Congress war ein wirklich internationaler, unter den 450—500 Theilnehmenden (Eingeschriebene und nicht Eingeschriebene zusammengezählt) waren nicht nur alle europäischen Länder, sowie die Vereinigten Staaten von Nordamerika vertreten, sondern, in wohlthuendem Gegensatze zum ärztlichen Congresse von 1877, auch Deutschland und das durch hervorragende Grössen. Auch die deutsche Schweiz hatte sich tapfer eingestellt und damit die Preisgabe der Oltener Herbstversammlung gerechtfertigt. Dass unsere Confrères romands und die Franzosen vorherrschten, ist schon geographisch selbstverständlich. Vormittags von 8—12 Uhr waren die gleichzeitigen Sitzungen aller 5 Sectionen und es waren nicht nur sehr gründliche wissenschaftliche Vorträge, sondern auch lebhafte, scharfe, aber immerdar würdig gehaltene Discussionen zu vernehmen — Canalisation und Abfuhr, Prophylaxis des Typhus, die rationelle Beschuhung der Armeen und Bestrumpfung der Kinder, Feriencolonien und Kinderspitäler, der Alcoholismus und die Leichenbestattung nehmen die allermeiste Zeit



in Anspruch und manches wohlberechtigte und wohlerwogene Thema blieb in der harten Krönung und ungeboren. Die Welschen nennen das: embarras de richesse. Näheres über alle einzelnen Sectionen folgt.

Die Nachmittagssitzungen waren stark besucht und heiss, durch die Anwesenheit vieler Damen geehrt und mit Notabilitäten ersten Ranges glänzend. Am Dienstag sprach *Pasteur* über die Allen wohlbekannten Microbien. Da er nebenbei einige polemische Hiebe gegen *Koch* führte, hatten wir den Genuss, zu erfahren, wie ein grosser Microscopiker auch ohne Micrometer parirt und ausfällt; und man hatte ein kleines Treffen zweier Grossmächte erlebt, welches jedoch die internationalen Beziehungen nicht im geringsten störte. Am Mittwoch sprach *Varrentrapp*, schön und gründlich wie immer. Donnerstags hatte Lac Leman das Wort und eine wundervolle Fahrt nach Evian, dem Bethesda der alten Männer und nach dem paradiesischen Montreux war der lebhaftesten Conversation gewidmet und durch glänzende Gastfreundschaft erwärmt. Freitags kam *Lombard*, der persönlichste Wortführer einer immer jugendfrischen Hygieine; nach ihm *Paul Bert*, funkensprühend und schneidig, wie zu erwarten. Dieser besonders war ja berufen, über „Höhenklima“ zu reden. Neben allem dem gab's Demonstrationen und Experimente und fleissige Besuche in den verschiedenen Krankenanstalten und in der hygieinischen Ausstellung. Nun war da freilich nicht Alles, aber Vieles lehrreich und schön. Paris hatte eine eigene Abtheilung, bei welcher Canalisation, Rieselfelder-Producte nicht fehlen durften; aber auch schöne Modelle von Schulhäusern und Schuleinrichtungen zu sehen waren. Auch unter den übrigen Ausstellern sind die Franzosen reichlich vertreten, reichlicher als die Genfer selber, die übrigens schönes Krankenmobiliar und gute Instrumente aus dem Gebiete der Physik, der Optik und der Electricitätstechnik gebracht haben. Der Thorakograph von *Schenk* und die Ausstellungen des eidg. Militärsanitätswesens, der zürcherischen Krankenwagen von *Keller* und vieles Andere hielten stetsfort viele Beobachter fest.

Einlässlichere Berichterstattung bei mehrerer Musse! Die Genfer haben auch bei diesem Congresse ihrem guten Namen Ehre gemacht!

— **Eidg. Mortalitätsstatistik.** Die vom eidgenöss. statistischen Bureau veröffentlichte Statistik der ärztlich bescheinigten oder amtlich constatirten Todesursachen des Jahres 1881 ergibt folgende Daten: Pocken 167 Personen (1880 173), Masern 537 (236), Scharlach 278 (752), Diphtheritis und Croup 2246 (1731), Keuchhusten 861 (579), Rothlauf 136 (126), Typhus 1067 (1042), asiatische Cholera 0 (0), Ruhr 0 (0), Kindbettfieber 249 (224), Lungenschwindsucht 5665 (5489), acute Krankheiten der Athmungsorgane 7173 (6779), organische Herzkrankheiten 2343 (2083), Schlagfluss 2302 (2204), Enteritis der kleinen Kinder 4246 (4123), Verunglückung 1753 (1621), Selbstmord 675 (695), fremde strafbare Handlung 81 (109), zweifelhaften Ursprunges 81 (71), andere Todesursachen (Altersschwäche etc.) 24,344 (24,449).

Basel. Jubiläum von Prof. W. His. Die Sitzung der medic. Gesellschaft am 7. September gestaltete sich zu einer herzlichen Ovation für ihr Ehrenmitglied Prof. *W. His* in Leipzig, der sein 25jähriges Professorenjubiläum im Kreise der Gesellschaft, deren Hauptgründer und Förderer er gewesen, feierte. Die Anwesenheit von Prof. *R. Virchow*, der es sich nicht nehmen liess, persönlich seinen früheren Schüler an diesem Tage zu beglückwünschen, erhöhte die festliche Stimmung des Abends. Die Adresse der medic. Gesellschaft und diejenige der medic. Facultät, die ihm Tags darauf überreicht wurden, waren der in Formen gelegte Ausdruck der Liebe und Verehrung, der Dankbarkeit und hohen Anerkennung, die Alle dem Jubilar entgegenbringen. Mehr noch als diese äussern Erinnerungsblätter mögen die im Kreise seiner zahlreichen Freunde und Schüler durchlebten Stunden den Jubilar in der Ueberzeugung bestätigt haben, dass die Basler ihn immer als den Ihrigen betrachten werden, und dass die Bande, die ihn an die Vaterstadt knüpfen, trotz seines nun 10jährigen Aufenthaltes in Leipzig an Festigkeit nur noch zugenommen haben.

— **Krankenmobilienmagazin.** Dem an die Gesellschaft zur Förderung des Guten und Gemeinnützigen, der Gründerin des Magazines, erstatteten Berichte der Specialcommission (Vorsteher Dr. *Rob. Ronus*) entnehmen wir, dass im Jahre 1881 an Miethgeldern Fr. 1036. 65 und an Vergütungen und Verkäufen Fr. 142. 60 eingenommen wurden. Das Institut steht nun auf eigenen Füssen.

„Die zahlreiche Benützung des Kranken-Mobilien-Magazins im verflossenen Jahre

und zwar aus allen Schichten unserer Bevölkerung ist wohl der beste und für uns erfreuliche Beweis, dass eine vorhanden gewesene Lücke ausgefüllt worden ist und dass die Anstalt sich im Publicum eingebürgert hat. Im Jahr 1881 sind 1151 Mobilien (1880: 768) ausgeliehen worden. . . . In Bezug auf die Benützung können wir constatiren, dass die ausgeliehenen Gegenstände in gutem und reinlichem Zustande zurückgebracht werden, und dass ein Fortschritt gegen früher sich bemerkbar macht. Es war auch dieses Jahr weniger nöthig, Reclamationen gegen Saumselige anzustellen. Wie die beifolgende Rechnung ergibt, haben wir den von Ihnen gewährten Credit von Fr. 500 nicht benützt. Da jedoch die Localmiethe bereits gesteigert worden ist und eventuell noch gesteigert werden wird, so ersuchen wir Sie, uns für das nächste Jahr einen Credit von Fr. 800 gewähren zu wollen. Wir hoffen, unsere Anstalt in verschiedenen Richtungen zum Nutzen der Kranken erweitern zu können. So denken wir z. B. an den Anschluss eines Anmeldebureau's von Krankenwärtern und Wärterinnen, an eine freiere, dem Publicum zugängliche Benützung der in unserm Local befindlichen Waage für Körpergewichtsbestimmungen u. s. w."

In der Praxis macht sich die Sache so, dass der Arzt den gewünschten Gegenstand auf einer besondern Karte, deren Rückseite ein Verzeichniss der vorhandenen Krankengeräthe und den Betrag der Miethe trägt, notirt und sich gewöhnlich auch als Garanten unterschreibt. — Wir bitten um Mittheilungen über ähnliche Einrichtungen an andern Orten.

Genf. Das Tereben als Antisepticum und Desinfectionsmittel. Seit einiger Zeit wird die Aufmerksamkeit der Aerzte wieder auf das Tereben als antiseptisches Wundmittel gelenkt, indem letztes Jahr bei Anlass des Medicinalcongresses in London diese Eigenschaft an einer englischen Specialität, genannt „The new terebene disinfectants" sehr gerühmt wurde. Diese ist von Dr. *Bond* eingeführt und beschrieben worden, das Haus F. S. Cleaver and sons, Holborn, London, besorgt einzig den Verkauf. Aus dem englischen Prospectus hebe ich, eine Menge ärztliche Zeugnisse und Reproductionen aus medic. Zeitungen der Länge wegen bei Seite lassend, hauptsächlich Folgendes heraus:

„Das im Geruche an Thymianessenz erinnernde Tereben, eine ölartige Flüssigkeit, wird aus Terpentinöl und aus von Pinus palustris und andern Coniferen gepresstem Safte bereitet. Es wirkt auf den Sauerstoff der Luft, indem daraus Ozon entsteht, gleichzeitig wird die Flüssigkeit wasserstoffsuperoxydhaltig (Antozon von *Schönbein*). Zu einer faulenden, übelriechenden oder gefährliche Ausdünstungen verbreitenden Materie gebracht, wirkt es als ein sehr kräftiges Desinfectionsmittel, sowohl der Materie selbst als auch der Luft, nicht blos zwar, dass der üble Geruch durch einen stärkern des Mittels verdeckt wird, wie dieses bei der Carbolsäure und andern derartigen Stoffen der Fall ist, sondern durch Zersetzung und Oxydirung der widerlichen Ausströmung, vermittelst des entstandenen Ozons. Das Tereben muss deshalb als ein ausgezeichneter Luftreiniger betrachtet werden. Aber eben so werthvoll ist seine antiseptische Wirkung. Auf Eiterungen gebracht, hebt es die Fäulniss sehr schnell und dauerhaft auf. Es ist kein Gift und kann auch innerlich gegeben werden, wobei die Fäulniss der Excremente und der üble Geruch derselben fast ganz aufgehoben werden. Ein eigenthümlicher Wohlgeruch entsteht bei schwachem Erwärmen in einem offenen Gefässe, einer über das Licht gehaltenen Tasse z. B., wobei die Luft des Krankenzimmers gereinigt, wohlriechend, besänftigend und adstringirend wird. Auf eitrigen Wunden hebt das Tereben nicht blos den üblen Geruch, wenn ein solcher vorhanden ist, auf, sondern es wirkt auch als ein Reizmittel für die Entwicklung gesunder Granulationen. Unter seinem Einflusse zeigen alle Wunden und Eiterungen die Tendenz, schnell zu heilen.

Eine Vermischung des Terebens mit Kupfervitriol und doppelt chromsaurem Kali heisst Cupralum terebene powder und zeigt in dieser Form eine ausserordentliche Desinfectionskraft, stärker als Carbolsäure. Dr. *Bond* hat eine Lösung davon mit Impfstoff gemischt und gefunden, dass derselbe augenblicklich sein Contagium einbüsst.

Das Tereben kann Verwendung finden:

1) mit Sägespähnen vermischt zur Desinfection der Zimmer (30 : 500 grmm.);

2) für Canäle, Aborte, Cloaken, indem man ein wenig einer Lösung hineingiesst;

3) zur Luftreinhaltung in Kranken- und Kinderzimmern, besonders während der Nacht;

4) zum Heilen der Wunden, Eiterungen, Geschwüren, zur Beschleunigung langsamer Granulationen, überhaupt zur Reinhaltung aller Wunden;

5) innerlich gegen Durchfall, Abdominalkrankheiten und gewisse Hautausschläge.

Die Vortheile des Terebens, welche es zu einem der besten Desinfectionsmittel und Antisepticum machen, und weshalb es der Carbolsäure und allen derartigen Stoffen vorgezogen werden sollte, sind:

1) sein angenehmer Geruch;

2) die totale Giftlosigkeit;

3) die Eigenschaft, an der Luft Ozon zu bereiten, wodurch es ein kräftiger Purificator der Luft wird;

4) das Vermögen, Eiweiss sofort zu coaguliren und alle microscopischen Organismen zu zerstören;

5) die Fähigkeit, den Schwefelwasserstoff und die Ausdünstungen der animalischen Zersetzung zu neutralisiren;

6) die starke Löslichkeit und das Nichtangreifen der metallenen und anderer Gefässe."

Seit dem letzten November wurde nun dieses Tereben zuerst an der chirurg. Klinik des Herrn Prof. *Juillard* allein, nachher allgemein verwendet und die zahlreichen Erfahrungen haben die gerühmten Eigenschaften desselben durchweg bestätigt. Herr *A. Jeanneret*, Assistenzarzt der chirurg. Klinik, hat über diese günstigen Erfolge ein Referat für die nächste Nummer der „Revue médicale" verfasst.

Das Tereben, wie es von England aus in den Handel gebracht wird, ist eine gelblichrothe, klare, in der Consistenz zwischen fetten und ätherischen Oelen stehende, den angenehmen Geruch der Nadelhölzer, beim Verdunsten ein wenig denjenigen von Thymian aufweisende Flüssigkeit. Wasser löst höchst wenig davon auf, nimmt aber den Geruch sehr stark an, mit Oelen vermischt sich das Tereben in allen Verhältnissen. Es zeigt eine schwach saure Reaction, die von Schwefelsäurespuren herrührt, welche ich in dem damit geschüttelten und abfiltrirten Wasser nachweisen konnte. Bei 156° C. kocht die Flüssigkeit und entwickelt für die Nase stechende Dämpfe, welche vielleicht etwas schweflige Säure enthalten, auch nur schwach an Tereben erinnern. Der Siedepunct und der Geruch stimmen mit dem reinen Tereben (C_{10} H_{16}) überein, das man aus einer Mischung von 100 Th. Terpentinöl mit 20 Th. Schwefelsäure erhält. Bei der Darstellung ist ziemlich Vorsicht nöthig, die langsame Mischung der beiden Körper geschieht unter Abkühlung und öfterem Umschütteln, nachher wird bei einer 210° C. nicht übersteigenden Erhitzung destillirt. Das Destillat enthält noch unzersetztes Terpentinöl, man destillirt ein zweites Mal mit Schwefelsäure im gleichen Verhältnisse, dieses zweite Destillat wird nach *Hager* (Handbuch der pharmac. Praxis 1876) zur Reinigung mit Natriumcarbonat durchgeschüttelt, nach dem Absetzen dekantirt und rectificirt. Dieses Rectificat ist jedenfalls schon bedeutend reiner, als die englische Specialität, sie dürfte für innern Gebrauch genügen. *Riban* (Berichte der deutschen chem. Gesellschaft VI, pag. 199) erhielt erst nach achtmaliger Destillation eine farblose, die Polarisationsebene nicht mehr ablenkende Flüssigkeit, welche aber keineswegs homogen war, sondern durch methodisches Fractioniren in drei Producte zerlegt werden konnte. Das spec. Gewicht des reinen Terebens beträgt 0,860, dasjenige der Specialität 0,950.

Neben diesem flüssigen Tereben, das man als solches, oder in beliebigem Verhältniss mit Olivenöl gemischt, in Anwendung bringt, das ungeachtet seiner schwach sauren Reaction nicht im mindesten caustische Wirkung zeigt und auch innerlich verabreicht werden kann, bestehen noch mehrere daraus bereitete Neuigkeiten. So ist Terebene powdre oder Cupralum eine Combination, deren Bestandtheile ich oben schon erwähnte, ferner das Ferralum, bestehend aus Eisenvitriol, doppelt chromsaurem Kali und Tereben. Das Cupralum, das wir hier anwandten, ist ein blaugrünes, gröbliches Pulver mit röthlichen bis bräunlichen Nestern und Knollen, was von der wohl nicht zu ängstlichen Mischung mit dem Tereben herrührt. Es löst sich in Wasser schnell, bleibt aber flockig und muss für die Zerstäubung bei Operationen filtrirt werden. Dabei beobachtete ich aber, dass das beigemengte Tereben im Filter zurückbleibt, so dass die Flüssigkeit nur noch die durch Tereben aromatisirte Lösung der beiden betreffenden Salze enthält. Bei einigem Stehen, besonders mit Luftzutritt, trüben sich auch filtrirte Lösungen schnell wieder. Aus diesen

Gründen eignen sich Cupralum und Ferralum jedenfalls besser zur Desinfection der Aborte etc. als für die Wundbehandlung.

Angesichts aller der vorzüglichen Eigenschaften und auch des verhältnissmässig billigen Preises wegen dürfte das Tereben, wenn nicht gerade die Carbolsäure aus dem Felde schlagen, ihr doch eine bedeutende und gerechtfertigte Concurrenz machen. Ich habe eine Serie von Versuchen zur weitern Untersuchung dieses vielversprechenden Heilmittels unternommen, über deren Resultate ich nächstens Auskunft geben zu können hoffe.

8. August. *Burkh. Reber*, Spitalapotheker.

Ausland.

— **Bacterientod.** Welche Art Blüthen den *Koch*'schen Bacillenculturen bereits entspriessen, davon mag folgender Passus aus einem in der Zeitschrift des „österreichischen Apothekervereins" und in der deutschen „Apothekerzeitung" zum Abdrucke gebrachten und von da in die Tagespresse übergegangenen Artikel betreffend „Beseitigung der Tuberkelbacterien" ein heiteres Beispiel geben. Verfasser entwickelt vorerst des Langen und Breiten die Idee, dass besagten Parasiten gleich den Krätzmilben am sichersten durch Schwefeldämpfe, d. h. schweflige Säure, beizukommen sei und fährt dann wörtlich fort: „Man bringe Lungenkranke in Räume, worin stündlich kleine Quantitäten Schwefel über einer Spirituslampe oder besser auf einem warmen Ofen verbrannt werden, und man wird bald grössern Hustenreiz und vermehrten Auswurf bemerken, als eine Folge der unbehaglichen Stimmung der Parasiten. Nach 8—12 Tagen legt sich dieser Reiz, da die Bacterien allmälig absterben und aufhören, einen Reiz auf die Lunge auszuüben."

Wie mag es Phthisikern wohl zu Muthe sein, wenn die microscopischen Viecherchen in „behaglicher" Stimmung sich befinden? *Sch.*

— **Desodoration des Moschus.** Als ein hierzu überraschend geeignetes Mittel empfiehlt *Wiesenthal* das Chinin, das salzsaure sowohl, wie das schwefelsaure. Minimale Mengen davon, mit Moschus verrieben, machen denselben völlig geruchlos. Um die Hände von dem penetranten Moschusgeruch zu befreien, gibt man eine kleine Prise Chinin in die hohle Hand, löst mit einigen Tropfen säurehaltigem Wasser und reibt die Hände damit ab. (Pharm. Centralhalle. Nr. 35.)

Bibliographisches.

91) *Holthof*, Dr. *Ludw.*, Der russische Vulcan. Ein Versuch zur Erklärung der Zustände und Geistesströmungen im modernen Russland. Frankfurt, R. Morgenstern.

92) *L'Année médicale 1881* IVe année. Résumé des progrés réalisés dans les sciences médicales publié par Dr. *Bourneville.* 8°. 444 S. Paris, E. Plon & Cie. Preis Fr. 4.

Briefkasten.

Herrn Physicus Dr. *L.* aus Basel auf Landenberg: Wo bleibt der Stand der Infectionskrankheiten?

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

Beilage zum Correspondenzblatt für Schweizer-Aerzte No. 18, 1882.

Curhaus St. Beatenberg.

Wintersaison.

Nachdem nun bereits 7 Jahre verstrichen, seitdem ich den Besitz des Curhauses St. Beatenberg angetreten und dabei in den letzten 5 Jahren auch die Wintermonate mit meiner Familie hier oben zugebracht habe, wage ich es, mein Curetablissement das ganze Jahr zur Aufnahme von Gästen offen zu halten.

Dieser Entschluss wurde nicht ohne vieles Schwanken gefasst. Wenn wir in dichtem Nebel staken und ein kalter Weststurm die Schneeflocken an die Fenster peitschte, so dass man nur mit Bangen an die Möglichkeit dachte, ausserhalb des schützenden Obdachs gerufen zu werden und die warme Stube verlassen zu müssen, so äusserte ich mehr als Ein Mal zu den Meinen: „Was wollten wir an solchen Tagen mit Wintergästen anfangen?!“ Traten aber jene Wochen lang andauernden Perioden ein, wo der Nebel sich constant unten hielt und sich wie ein glänzendes Meer zu unsern Füssen ausbreitete, wenn uns vom wolkenlosen Himmel eine sömmerliche Wärme ausstrahlende Sonne leuchtete, welche die Fussgänger verlockte, sich des Rockes zu entledigen, und uns erlaubte, Stunden lang in ungeheiztem Zimmer am offenen Fenster oder auf Balconen zu sitzen und die Kinder, ohne sie nur wärmer anzuziehen, von Morgens 9 Uhr bis Abends 4 Uhr im Freien spielen zu lassen — da musste ich mir sagen, wie jammerschade, dass solche Tage nicht zu Curen benutzt werden; kommt es doch vor, dass während der Sommersaison Gäste nach mehrwöchentlichem Aufenthalt den Curort verlassen, ohne es zu so günstigen Verhältnissen getroffen zu haben.

Derartige kürzer oder länger dauernde Perioden hat jeder Winter aufzuweisen; sie fallen besonders auf die Monate December und Januar. Ganz besonders zeichneten sich in dieser Hinsicht aus die Winterhalbjahre 1879/80 und 1881/82. Der letztere war freilich auf dem ganzen Continente ein abnorm milder und es kann bloss constatirt werden, dass die Höhen davon nicht ausgeschlossen waren.

Ganz anders der Winter 1879 auf 1880.

Derselbe war bekanntlich für die Niederungen einer der kältesten aller Zeiten; seine Unthaten stehen noch in frischer Erinnerung. — Von den Höhen aber wurden wahre Wunderdinge berichtet von einer unverwüstlichen Lieblichkeit der Witterung, die Anfangs von den Tiefländern mit ungläubigem Lächeln aufgenommen wurden, bis einige Excursionisten die Thatsachen aus eigener Anschauung bestätigten.

Welche kaum glaublichen Temperaturverhältnisse sich darboten, möge eine Parallele zwischen den officiellen meteorologischen Beobachtungen von Bern und St. Beatenberg illustriren, die sich auf die Zeit vom 1. bis 27. December 1879 erstreckt:

1879.		St. Beatenberg 1150 Meter über Meer	Bern 574 Meter über Meer
16. Decbr.	Mrgs. 7 Uhr	— 0,7	— 15,2
	Nm. 1 Uhr	+ 5,3	— 11,9
	Abds. 9 Uhr	— 0,8	— 14,5
17. Decbr.	Mrgs. 7 Uhr	— 3,1	— 17,2
	Nm. 1 Uhr	+ 1,4	— 12,6
	Abds. 9 Uhr	— 6,2	— 15,0
18. Decbr.	Mrgs. 7 Uhr	— 3,9	— 17,8
	Nm. 1 Uhr	+ 1,2	— 10,8
	Abds. 9 Uhr	— 3,6	— 13,7
19. Decbr.	Mrgs. 7 Uhr	— 5,1	— 16,3
	Nm. 1 Uhr	— 0,2	— 9,2
	Abds. 9 Uhr	— 0,3	— 12,8
20. Decbr.	Mrgs. 7 Uhr	— 2,1	— 12,4
	Nm. 1 Uhr	+ 3,6	— 9,4
	Abds. 9 Uhr	— 0,3	— 10,0
21. Decbr.	Mrgs. 7 Uhr	— 0,5	— 13,6
	Nm. 1 Uhr	+ 4,9	— 8,4
	Abds. 9 Uhr	— 0,1	— 12,2
22. Decbr.	Mrgs. 7 Uhr	+ 1,1	— 14,2
	Nm. 1 Uhr	+ 4,8	— 6,6
	Abds. 9 Uhr	— 0,3	— 12,1
23. Decbr.	Mrgs. 7 Uhr	— 1,3	— 15,8
	Nm. 1 Uhr	+ 4,3	— 8,2
	Abds. 9 Uhr	+ 0,3	— 11,7
24. Decbr.	Mrgs. 7 Uhr	— 0,1	— 13,8
	Nm. 1 Uhr	+ 6,1	— 6,8
	Abds. 9 Uhr	— 1,0	— 12,9
25. Decbr.	Mrgs. 7 Uhr	— 1,9	— 15,7
	Nm. 1 Uhr	+ 4,2	— 8,7
	Abds. 9 Uhr	— 0,8	— 13,0
26. Decbr.	Mrgs. 7 Uhr	— 1,3	— 17,4
	Nm. 1 Uhr	+ 2,5	— 9,8
	Abds. 9 Uhr	— 0,5	— 14,0
27. Decbr.	Mrgs. 7 Uhr	— 1,5	— 13,8
	Nm. 1 Uhr	+ 2,2	— 10,7
	Abds. 9 Uhr	— 0,5	— 13,6

Die hohen Tagestemperaturen theilte St. Beatenberg damals mit den andern Höhen; dagegen wurden mir sonst von nirgends her so hohe Morgen- und Abendtemperaturen bekannt. Dieselben werden jeden Winter mehr oder weniger häufig beobachtet, namentlich wenn wir sogen. Nebelmeer haben. Ich erkläre mir die Sache folgendermaassen: Die Strahlen der in starker Neigung uns gegenüberstehenden Sonne fallen schief auf das zu unsern Füssen liegende Nebelmeer auf und werden ziemlich genau im Ausfallswinkel nach unserer Seite reflectirt — wir erhalten dieselben also gewissermaassen in doppelter Ausgabe —; es wird folglich in den uns umgebenden Luftschichten eine bedeutende Wärme-

menge angehäuft. Da nun die Sonne die dichte Nebeldecke nicht zu durchdringen vermag, so findet keine Erwärmung der untern Luftschichten und somit auch keine ausgleichende Strömung nach oben statt und wir behalten unsere erwärmte Atmosphäre auch über die Nacht.

Da seit dem Erscheinen der vorherrschend die climatischen Verhältnisse Beatenbergs beleuchtenden Schrift von Dr. Fröhlich und den diesem Zwecke in noch eingehenderer und übersichtlicherer Weise dienenden Publicationen unseres berühmten Balneologen und Climatologen Dr. Gsell-Fels mehrere Jahre verstrichen, so wäre Gelegenheit gegeben, die mittlerweile gesammelten meteorologischen Beobachtungen zu weitern Publicationen zu verwerthen. Es wäre auch nicht falsch speculirt, die beiden genannten ausnehmend günstigen Winter mit noch 2 oder 3 andern Jahren zusammenzufassen und Mittelwerthe daraus herzustellen. Wenn ich dieses unterlasse mit der Begründung, dass die oben genannten Arbeiten zur Charakterisirung unseres Clima's genügen dürften, so wird man mir wenigstens nicht vorwerfen können, ich beabsichtige damit bloss, Ungünstiges zu verschweigen.

Nicht ohne Grund hingegen dürfte man von mir erwarten, dass ich als der erste Arzt, der mehrere Jahre ununterbrochen auf St. Beatenberg gewohnt, etwas Casuistisches über diesen Curort bringe. Zur Entschuldigung, dass ich dieser Aufgabe noch nicht nachgekommen, möchte ich bekennen, dass ich mich vom pflichtgemässen Brochurenschreiben recht gerne ein bischen ausgeruht habe. Heute nachzuholen liegt nun aber eigentlich nicht in meiner Aufgabe, denn die Resultate der Sommercuren dürften eine nur sehr schwache Stütze für die Berechtigung einer Wintersaison abgeben.

Bliebe ein Capitel über den Gesundheitsetat der indigenen Bevölkerung einzuschalten. Dr. Fröhlich hat diess bereits theilweise gethan, wenigstens so weit es seinem Zwecke diente. Letztern hat er offenbar auch sehr im Auge gehabt und desshalb eine vielleicht zu günstig gefärbte Brille aufgesetzt. Ich bin weder von der physischen Constitution der Einwohner entzückt, noch kommt eine grössere Resistenzfähigkeit derselben in Krankheiten meiner Behandlung zu Hülfe, wie diess z. B. im Simmenthal der Fall war. Unsere Luft, deren sich übrigens die Einwohner so viel als möglich verschliessen, müsste auch mehr als Wunder verrichten, wenn sie den Einfluss einer denkbarst miserablen Ernährung und von Wohnungsverhältnissen, wie ich sie trauriger kaum irgendwo getroffen, gänzlich unschädlich machen sollte. Diesen Influenzen dürfte es denn auch zuzuschreiben sein, dass die mit der Höhe bekanntlich zunehmende Immunität gegen Phthise hier eher geringer ist, als der Formel nach zu erwarten wäre.

Aber gesetzt den Fall, der Gesundheitszustand einer Bevölkerung sei noch so brillant, so spricht dieses zwar für die Salubrität der Gegend, allein daraus lassen sich noch keine Curindicationen ableiten.

Schon eher dürfte ich mich auf das Befinden meiner Familie seit unserer Uebersiedelung nach St. Beatenberg berufen. Ich habe alle Ursache, damit zufrieden zu sein. Ich verliess Weissenburg mit 6 Kindern; von diesen waren 4 kräftig und gesund; 2 jedoch, ein Knabe von damals 7 Jahren und ein Mädchen von $2^1/_2$ Jahren, von delicater Constitution, das letztere geradezu kränklich; es verging kein Winter, wo es nicht ein oder mehrere Male von fieberhafter Capillärbronchitis und meist in Verbindung mit lobulärer Pneumonie befallen wurde. Bei der Abreise lag dasselbe daran so schwer darnieder, dass Jedermann mich mit grossen Augen ansah, weil ich als Arzt bei noch dazu sehr ungünstigem Wetter mit einem „sterbenden" Kinde reise. Dass seine Krankheit nicht mit dem Tode endigte, will ich begreiflicherweise nicht als das Verdienst Beatenbergs hinstellen, wohl aber, dass es sich sehr rasch erholte und auffallend kräftigte. Nichtsdestoweniger wurde es im folgenden Winter, den wir in Interlaken zubrachten, nach einer Erkältung nochmals von einer catarrhalischen Pneumonie befallen, die dasselbe jedoch nicht in ernstliche Gefahr brachte. Seither hat dieses Mädchen Beatenberg nicht mehr auf längere Zeit verlassen — es blieb gänzlich von schwereren Erkrankungen verschont und seine Constitution wurde so gekräftigt, dass es sich von den andern Kindern in dieser Hinsicht kaum mehr unterscheidet; das nämliche ist der Fall mit dem erwähnten Knaben. Meine Kinder bieten nun alle ein so gesundes Aussehen dar, dass unsere Gäste mich scherzweise auffordern, ich möchte mit denselben in der Welt herumreisen, um Reclame für St. Beatenberg zu machen.

Als ein eigentliches Kurresultat eines Winteraufenthaltes zu St. Beatenberg darf unbedingt folgender Fall aufgestellt werden.

Ein naher Verwandter von mir hat einen Knaben, der als ein wenig kräftiges Kind zur Welt gekommen, von den ersten Lebenstagen an fortwährend von Bronchitis capillaris heimgesucht wurde, auch den Keuchhusten überstand. — In Folge dessen hatte sich bei ihm bereits im 4. bis 5. Lebensjahre ein Emphysem ausgebildet und kehrten typische asthmatische Anfälle immer häufiger zurück. Meist waren dieselben von Fieber und heftigen diaphragmatischen Schmerzen begleitet und da hereditäre Belastung nicht ganz auszuschliessen, so war man nicht ganz darüber einig, ob nicht die Grundaffection tuberculöser Natur sei. — Im Sommer 1880 wurde der Knabe einer mehrwöchentlichen Behandlung vermittelst des pneumatischen Cabinets unterstellt; der Curarzt wies an der Hand der physikalischen Untersuchung ein Zurückgehen der abnorm erweiterten Lungengränzen nach. Es stellten sich aber bald die Asthmaanfälle in unveränderter Frequenz und Heftigkeit wieder ein. Nachdem dem Kleinen vorübergehende Aufenthalte zu St. Beatenberg gut bekommen hatten, bestimmte ich meine Verwandten, den Knaben auf längere Zeit uns in Pflege zu geben. Er siedelte denn

auch im September 1880 nach St. Beatenberg über und verblieb daselbst bis im Juni 1881. — Im Anfange seines Aufenthaltes folgten sich die asthmatischen Anfälle noch ziemlich rasch aufeinander und waren auch meist von Fieber begleitet; bald aber zeigte es sich, das die freien Intervallen immer länger wurden, die Krisen aber kürzer verliefen. Bereits vor Ablauf des Jahres traten sie nur noch sehr selten auf, am ersten bei nebligem Wetter. Auffallender noch als die Besserung des Subjectivbefindens war die Veränderung, die in der Natur und in der ganzen Entwicklung des Knaben vor sich ging. Beliebten demselben sonst nur ihm besonders willkommene Gerichte, so wurde er nach und nach ein eigentlicher Esser und sprach einer frugalen Hausmannskost immer wackerer zu; dabei liess er sich, wie die populäre Redensart lautet, immer mehr auseinander, d. h. die fast kyphotisch vorübergebeugte Wirbelsäule richtete sich auf; die vorgefallenen Acromien giengen in die Breite, der Knabe machte bemerkliche Fortschritte im bis dahin zurückgebliebenen Wachsthum. Er gewann an Munterkeit und sein greisenhaftes Aussehen wich einer frischen fast blühenden Gesichtsfarbe — sein Selbstgefühl hob sich, so dass er, während sonst Thränen seine einzige Vertheidigungswaffe bildeten, nunmehr gelegentlich mit der Faust gegen Neckereien reagirte; er war mit einem Wort ein ganz anderer geworden! — Der kleine Patient hat mittlerweile ein sehr gutes Jahr verbracht; er konnte regelmässig die Schule besuchen und behielt dabei sein gutes Aussehen, trotzdem er stark in die Höhe gewachsen. Bis in die letzte Zeit, wo sie sich hie und da wieder einstellten, war er auch von asthmatischen Anfällen so zu sagen gänzlich frei geblieben.

Wegen einer Psychose traf im Februar dieses Jahres eine junge Dame zur Cur in St. Beatenberg ein und bezog Quartier im Pfarrhause. Ohne dass ich speciell zur Consultation gezogen wurde, weiss ich doch so viel, dass ein sehr guter Erfolg vorhanden ist, wofür schon der Umstand spricht, dass die Dame noch jetzt hier weilt.

Es wäre wohl zu kühn, auf die wenigen Fälle basirend, specielle Indicationen für die Wintercuren auf St. Beatenberg aufstellen zu wollen.

Ich möchte denselben zunächst die Aufgabe zuweisen, in prophylactischer Richtung zu wirken. Werden junge Leute mit schwächlicher Constitution, mit Anlagen zu Scrophulose, oder Tuberculose auf mehrere Monate nach St. Beatenberg geschickt, so wird man sicher darauf zählen können, sie constitutionell gebessert und gekräftigt zurückkehren zu sehen.

Bei beginnender Phthise habe ich von den Sommerkuren sehr schöne Resultate gesehen; sicherlich dürfte in solchen Fällen auch im Winter mit St. Beatenberg ohne Gefahr ein Versuch gemacht werden. Im Allgemeinen aber möchte ich nur mit der grössten Reserve bei vorhandener Tuberculose eine Wintercur

auf St. Beatenberg empfehlen. Mit Davos zu exemplifizieren, halte ich nicht für zutreffend; die klimatischen Factoren von Davos und St. Beatenberg weichen theilweise ganz bedeutend von einander ab und der Unterschied, namentlich der durchgängig mildere Charakter des letztern kann nicht unbedingt als ein Vorzug betrachtet werden. Ich würde mir z. B. selbst ein Gewissen daraus machen, einen Patienten, für den Davos als indicirt erachtet wird, zu überreden, dasselbe gegen St. Beatenberg zu vertauschen. Selbstverständlich kann St. Beatenberg auch den Süden nicht ersetzen, wo dieses angezeigt. — In einer Beziehung dürfte vielleicht St. Beatenberg den Vorzug vor Davos verdienen, nämlich bei Kehlkopfaffectionen. Ich bin selbst mit einem äusserst delicaten Larynx versehen und wenn ich im Winter reise, so kehre ich selten ohne Laryngitis zurück; ich empfinde dann das Einathmen unserer Luft als äusserst wohlthätig.

Bei Residuen von Pleuritis habe ich nach einem mehrwöchentlichen Aufenthalte im Sommer den Erfolg selten ausbleiben sehen; meist machen derartige Patienten erstaunlich rasche Fortschritte. Ich halte dafür, dass man sich auch von einem Aufenthalt zur Winterszeit viel versprechen könnte. — Auch Reconvalescenten von Pneumonien haben es schon gewagt, im Winter zu St. Beatenberg ihre Genesung zu beschleunigen und neue Kräfte zu sammeln und wurden in ihren Erwartungen nicht getäuscht. — Es frägt sich überhaupt, ob nicht häufig mehr erreicht würde, wenn man Reconvalescenten auch im Winter, sobald es ihr Zustand erlaubt, zur Restaurationscur schicken würde, statt auf die sogenannte gute Jahreszeit zu warten.

Ganz unbedingt möchte ich dies behaupten bei den verschiedenen Zuständen von Nervosität und beginnenden Psychosen. Würde man Leidende dieser Art gleich bei den ersten Symptomen Umgebung und Clima ändern lassen, so würden unzweifelhaft in kurzer Zeit Besserungen erzielt, wie sie später nur schwer und nur in langer Zeit erreichbar. Sicherlich ist in solchen Fällen eine mild erregende Höhenluft auch im Winter angezeigt. Nicht leicht dürfte aber ein anderer Platz in dieser Beziehung den Vorzug vor St. Beatenberg verdienen. Die bekannten landschaftlichen Schönheiten St. Beatenbergs erhalten durch das Winterkleid manchen neuen Reiz und wie zugleich beruhigend und erhebend eine Natur von solcher Pracht auf ein verstimmtes Gemüth wirkt, habe ich nun schon in mehreren Fällen erfahren. — Die Ruhe und Stille wird kein Psychiater als eine Gegenanzeige betrachten, wohl aber wird von Laien und in der Psychiatrie wenig bewanderten Aerzten nicht selten der Missgriff begangen, beginnende Gemüthsdepressionen durch allerhand Vergnügungen heben zu wollen. Freilich will ich gleich bei dieser Gelegenheit betonen, dass Leute, welche das Treiben einer grossen Gesellschaft und die in Städten und grossen Curplätzen gebotenen Zerstreuungsmittel nicht entbehren können, am allerwenigsten im Winter St.

Beatenberg zum Aufenthalte wählen sollen. Finden solche das Leben daselbst schon im Sommer unausstehlich langweilig, so würden sie es dort im Winter erst recht nicht aushalten. Wer sich zu einer solchen Selbstverbannung (was es bis zu einem gewissen Grade ist) entschliesst, muss von dem Gesundheitszweck durchdrungen sein, er muss sich am Anblicke einer erhabenen Natur und an der stillen Geselligkeit einer kleinen Gesellschaft genügen können und namentlich die Fähigkeit besitzen, sich selbst Unterhaltung zu verschaffen.

Es muss einer auch seine Erwartungen bezüglich des Clima's nicht zu hoch spannen; er muss sich nicht vorstellen, die relativ milden Durchschnittstemperaturen von St. Beatenberg gehen so weit, dass daselbst ein ewiger Sommer herrsche. — Bei schlechtem Wetter ist's dort nicht besser als anderwärts und über die kalte Jahreszeit weist St. Beatenberg begreiflicherweise auch einen guten Procentsatz von Tagen auf, wo man gänzlich an's warme Zimmer gebannt ist.

Ich erwarte übrigens keineswegs, dass sich gleich von Anfang an eine grössere Zahl von Pensionären einstellen werde, welche über den ganzen Winter zu bleiben beabsichtigen. Ich denke mir die Wintersaison mehr von solchen benützt, welche auch zu dieser Jahreszeit das Erholungsbedürfniss auf einige Zeit aus den Geschäften und von Hause treibt, oder in denen klare Wintertage die Höhenlust erwecken.

Bliebe nun noch zu sagen, was ich zu bieten habe:

Zum Quartier für Wintergäste werden natürlich nur die heizbaren Südzimmer des Hauptgebäudes benützt. Solcher habe ich ca. 20, die mit Kachelofen oder ausgemauerten Cylinderofen geheizt werden. Es sind grösstentheils Zimmer zu 2 Betten, die aber für den Winter als einbettige benutzt werden. Folglich geht daraus hervor, dass die Schlafräume genügenden Cubikinhalt darbieten werden; es werden dieselben mit Doppelfenstern und Oberlichtklappen zur Ventilation versehen sein. — Ausser den Gesellschaftsräumen werden auch das Treppenhaus und die Corridore geheizt werden. — Der Südseite des Hauses entlang läuft eine geschlossene Veranda, in welcher bei gutem Wetter die Wärme so stark wird, dass man es darin kaum aushalten würde, wenn der directen Einwirkung der Sonne nicht durch Marquisen gewehrt würde, — sie bietet dann einen äusserst angenehmen Aufenthaltsort dar.

Ausserdem gedenke ich im grossen Speisesaal (der nur im Sommer als solcher benutzt wird) ein Wäldchen von in Kübeln gepflanzten jungen Tannen aufzustellen und denselben ebenfalls mit einer Heizeinrichtung zu versehen; daselbst werden sich die Gäste auch zur Zeit, wo man nicht in's Freie gehen kann, Bewegung geben und sogar im Winter Tannenluft einathmen können.

Die Verpflegung soll gut und reichlich sein — doch wird, um die Preise in bescheidenen Grenzen halten zu können, gegenüber der Tafel der hohen

Sommersaison etwas mehr auf Einfachheit gehalten werden müssen. Als von einem lucus a non lucendo könnte ich noch von den Unterhaltungsmitteln sprechen und erwähne dabei der ziemlich gut ausgestatteten Hôtelbibliothek und des Billards.

An Spazierwegen wird im Winter keine grosse Auswahl sein, man wird sich meist auf die Fahrstrasse beschränken müssen. Zum Schlusse will ich noch erwähnen, dass meiner Jugend von einer Hauslehrerin Unterricht ertheilt wird, somit auch fremden Kindern Gelegenheit geboten wäre an demselben Theil zu nehmen.

Wenn nun noch mancher zu meinem Vorgehen ungläubig den Kopf schütteln und darin eine erfolglose Ueberschätzung der eigenen Sache erblicken mag, so fehlt es mir doch auch nicht an vielfachen Aufmunterungen von Aussen und es sind mir diese um so werthvoller, als sie meist von Collegen stammen. Eigentlich entscheidend für mich war das Urtheil von Herrn Dr. med. Gsell-Fels, den ich bereits vor zwei Jahren wegen dieser Frage um seinen Rath gebeten. Ich citire hier zwei Stellen aus seinem Briefe:

> „Beatenberg ist völlig geeignet für eine der vorzüglichsten Winter-„stationen, denn sie entspricht, wie kaum eine andere, den gegen-„wärtigen rationellen Anforderungen;“

und am Schlusse des Briefes:

> „Mein Rath wäre also, mit der Sache Ernst zu machen, aber „sie gehörig und mit Umsicht und Nachdruck vorzubereiten. Es „handelt sich nicht um Reclame, sondern um einen grossen Dienst „für die Leidenden, doch auch dieser verlangt Zeit und die ent-„sprechenden Mittel.“

Gewiss habe ich die zwei Jahre, die seither verflossen, dazu benutzt, diesen Räthen möglichst Folge zu geben und gestehe dabei offen, dass ich es wohl noch weiter gebracht hätte, wenn der letzten Bedingung, nämlich „entsprechende Mittel“, besser hätte Genüge geleistet werden können.

Dr. med. Albert Müller.

Schweighauserische Buchdruckerei in Basel.



CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N°. 19. XII. Jahrg. 1882. 1. October.

Original-Arbeiten.

Taubheit nach Mumps.

Von Dr. **Johannes Seitz** in Zürich.

Toynbee hatte darauf hingewiesen, dass das Gift, welches die Erscheinungen des Mumps bedingt, sehr oft, ohne nachweislichen Befund am Gehörorgan, vollständige Taubheit veranlasse; den Sitz der Erkrankung verlegte er, gestützt auf eine Leichenuntersuchung, in's Labyrinth. Trotz des „sehr oft" *Toynbee*'s führen die Ohrenärzte bis jetzt in ihrer Literatur erst fünf derartige Fälle an, wie sich aus *G. Brunner*'s Abhandlung in der Zeitschrift für Ohrenheilkunde XI. 229 ergibt.

Daher erlaube ich mir, eine eigene Beobachtung aus jüngster Zeit mitzutheilen, welche mit den bisher veröffentlichten wesentlich übereinstimmt.

Ein 19jähriger Studirender, der nie an Syphilis, sondern nur an Nervosität, Muskelschmerzen, Acne und Mandelentzündungen gelitten, und dafür mehrfach in meiner Behandlung gestanden hatte, begann am 27. April 1882 zu fiebern, und zeigte schon am nächsten Tage Anschwellung der Ohrspeicheldrüse, links und rechts, mit ziemlichem Druckschmerz. T. 39°. Bettaufenthalt.

Am folgenden Tage ist der Mumps — wir hatten eine mässige Epidemie desselben und Pat. war der schwerste meiner Fälle — schon sehr stark, besonders die linke Parotis beträchtlich vergrössert, und auch die linke Submaxillardrüse geschwollen. T. 38,2 bis 38,8.

Am 4. Krankheitstage ist links auch noch die Sublingualdrüse geschwellt, während rechterseits die nachweisbaren Entzündungserscheinungen auf die Ohrspeicheldrüse beschränkt bleiben; schon ist Entfieberung eingetreten, welche auch anhält, 37,3—37,0°. Von irgend welchen schwereren Erscheinungen, Sinnesstörungen, Hirnsymptomen und dergleichen keine Rede.

Am 5. Krankheitstage mässiges Schluckweh, wofür sich im Rachen keine weitere Ursache nachweisen lässt; Schmerzen und Schwellung der Speicheldrüsen sind aber schon in Abnahme und am 6. Krankheitstage ist die Störung so geringfügig geworden, dass Pat. wieder zur Schule will.

Doch am folgenden Morgen, dem 7. Krankheitstage, erwacht der Kranke mit schlechtem Gehör auf der rechten, bisher vom Mumps weniger ergriffenen, Seite. Die Schwerhörigkeit nimmt so sehr zu, dass der Kranke am 4. Mai sich wieder bei mir einstellt.

Die kurz vorher erschienenen Mittheilungen von *Buck*, *Roosa*, *Moos* (Zeitschr. für Ohrenheilkunde XI. 15, 26, 51) liessen mich sofort die schlimme Bedeutung dieser Erscheinung erkennen.

Der Kranke hatte keinen Schmerz, noch irgend eine andere Störung gespürt; nur beim Ohrputzen that es ihm etwas weh. Kein Erbrechen. Das Gehör rechts war, am 8. Tage des Mumps, 36 Stunden nach Erscheinung der Ohraffection, schon so sehr gesunken, dass für starke Stimme kein Verständniss mehr bestand, dass die Uhr unmittelbar vor dem Ohr nicht mehr gehört, blos Kopfknochenleitung behauptet wurde. Auf den Scheitel aufgesetzt wurde die Uhr rechts und links angeblich gleich gut wahrgenommen, was wohl auf Täuschung beruhte. Nur ganz starke Stimme war verständlich. Rauschen und Sausen war im Ohr sehr lebhaft und ein hoher Metallklang stellte sich in sehr lästiger Weise ein bei allen starken Geräuschen von aussen, bei allen Lautgebungen von Seiten des Kranken selber. Zähneknirschen machte ein so lebhaftes Geräusch, als ob an ein Metall angeschlagen würde.

Nur noch ein ganz geringfügiger Schmerz bestand an der Parotis; und Pat. behauptete vollständiges Wohlsein — abgesehen von Schwindel, der recht lebhaft war und den Gang beträchtlich, wie bei einem Betrunkenen, erschwerte.

Das rechte Trommelfell erwies sich verdünnt, weisslich getrübt, etwas eingesunken, doch mit ordentlichem Lichtkegel. Links war das Trommelfell uneben, der Lichtkegel getheilt, dichtere und mehr durchscheinende Stellen wechselten; Stapeskopf vorragend. Alles offenbar alte Veränderungen des Trommelfells. Von irgend welcher Andeutung eines frischen, entzündlichen Vorganges fehlte auch die geringste Spur. Spätere Untersuchungen ergaben immer dasselbe.

Ruhe, Fortsetzung des Gurgelns mit Resorcin wurde dem Kranken empfohlen. Jeder heftigere Eingriff erschien nach dem Befund und den Mittheilungen der genannten Aerzte nicht am Platze. Chinin 2 × 0,5, versucht in Hinblick auf *Charcot*'s Behandlung der *Menière*'schen Krankheit, machte blos Erbrechen; der einige Male angewandte galvanische Strom löste nie Schallerscheinungen aus.

Am 14. Krankheitstage besteht auch links angeblich etwas schlechteres Hören und Geräusch wie Heulen des Windes. Die Untersuchung ergibt aber wie bisher Wahrnehmung der Uhr auf 25 cm. und das alte Spiegelbild. Später wird nie mehr über das linke Ohr geklagt. Rechts jedoch bestehen Taubheit, Rauschen und Metallklingen, allmälig mehr hämmerndes Geräusch, fort; Schwindel und Gangstörung sind stets recht stark.

Herr Dr. *G. Brunner*, Ohrenarzt, ist so freundlich, am 13. Mai den Pat. ebenfalls zu untersuchen. Er bestätigt meine Diagnose und Prognose und berichtet über den Trommelfellbefund, dass beiderseits Veränderungen bestehen, herrührend von Verwachsungen und Atrophie, die Folge von alten Mittelohrcatarrhen, welche mit der letzten Attaque jedoch durchaus nichts zu thun haben; rechts sei noch eine Spur von Gehör vorhanden, laute Sprache und Stimmgabel C^1 mit Resonator hörbar. Auf seinen Rath wird, ohne Hoffnung und ohne Erfolg, Jodkali innerlich verabreicht. Rauschen, Schwindel und Taumeln vergehen allmälig von selbst; am 21. Mai ist der Schwindel ganz geringfügig, am 28. Mai, 26 Tage nach Beginn des Ohrenleidens, hat er völlig aufgehört. Die rechtseitige Taubheit bleibt, doch sind im Juli Stimmgabel C^1 und C^0 bei starkem Anschlag noch auf 4 cm. hörbar *(Brunner)*.

Ich finde keinen Grund, einer andern Deutung der Krankheit mich anzuschliessen, als der folgenden: Eine noch unbekannte Schädlichkeit, am wahrscheinlichsten ein Infectionsstoff, bewirkt, gewöhnlich ohne schlimme Fiebersymptome, eine Allgemeinerkrankung, deren Hauptäusserung die Entzündung der Speicheldrüsen, meistens der Parotis, darstellt; es ist der typische Mumps. Zuweilen wird auch in den Hoden, Eierstöcken, oder den Schleimhäuten von Auge, Rachen, Genitalien Entzündung erregt. Selten stellt sich einseitig oder beidseitig Entzündung im Labyrinthe ein, die rasch eine vorwaltend seröse Ausschwitzung setzt, welche die zarten Gebilde dieses Organs sofort vollständig und bleibend leistungsunfähig macht; daher Taubheit, Geräusche, Schwindel, taumelnder Gang.



Weil es nicht bis zu eitriger Entzündung des Labyrinthes kam und das Gehirn gar nicht mitergriffen ist, fehlten in den bisher beobachteten Fällen weitere schwere Erscheinungen.

Vereinsberichte.

Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.

Präsident: Prof. *Pflüger*. Actuar: Dr. *Ost* (prov.).

8. Sitzung 28. März 1882, Abends 8 Uhr, bei Webern.

Anwesend 15 Mitglieder.

1) Dr. *E. Emmert:* Die Grösse des Gesichtsfeldes in Beziehung zur Accommodation. (Seither ausführlich erschienen im Archiv für Augenheilkunde Bd. XI, p. 303.)

Emmert kommt durch zahlreiche Untersuchungen und Versuche zu dem Resultate, dass das Gesichtsfeld bei der Accommodation für die Nähe ausnahmslos um $1^1/_2$—$2^1/_2$ Grad weiter ist als bei der Accommodation für die Ferne und bei künstlich erweiterter Pupille. Diese Erweiterung des Gesichtsfeldes ist einzig durch die von *Hensen* und *Völckers* in Kiel 1868 an Thieren sowie an einem menschlichen Bulbus experimentell bewiesene Verschiebung der Chorioidea resp. Netzhaut bei Anspannung der Accommodation zu erklären. Die Netzhautverschiebung berechnet *Emmert* zu 0,248 bis 0,764 Millimetern.

2) Herr Thierarzt *Jöhr:* Ueber die Errichtung einer rationellen Milchcuranstalt für die Stadt Bern.

Der Vortragende beschäftigt sich schon seit 6 Jahren mit dem Project der Errichtung einer Milchcuranstalt. Nach Ueberwindung vieler Schwierigkeiten ist es endlich gelungen, einen geeigneten Bauplatz hierzu zu acquiriren. Zur Etablirung einer rationellen Milchcuranstalt ist ein Neubau erforderlich, da ältere Stallungen mit ihren Fehlern und Mängeln sich nicht verwenden lassen.

Die Stallungen einer Milchcuranstalt müssen hauptsächlich geräumig, gut beleuchtet, leicht ventilirbar und auch so eingerichtet sein, dass sie zu jeder Zeit äusserst reinlich gehalten werden können. Nach vorliegendem Plan wird die Stallung vorläufig für 10 Kühe eingerichtet; ist 12 Meter lang, 10 Meter breit und 4 Meter hoch; hält also nahezu 500 Cubikmeter Luftraum oder pro Stück Vieh 50 Cubikmeter, während in unseren gewöhnlichen Stallungen auf das Stück Vieh kaum 10 Cubikmeter Luftraum kommen. Zudem ist in diesen letzteren Stallungen wenig Lufterneuerung möglich, da gewöhnlich weder Lichtöffnungen noch Ventilationseinrichtungen vorhanden sind. Für Beleuchtung der Stallräumlichkeiten ist reichlich gesorgt, indem auf der Ostseite des Gebäudes 4 metergrosse, auf der Westseite 3 je $^2/_3$ Meter grosse Fenster angebracht sind. Diese Fenster werden zum Aufklappen eingerichtet und deren Scheiben aus blauem Glas hergestellt. Die Stallung wird ferner mit mehreren Ventilationszügen versehen, und damit die ganze Räumlichkeit äusserst reinlich gehalten werden könne, werden Boden, Krippe, Wände etc. aus Cement hergestellt, so dass zu jeder Zeit mit Gaselwasser abgespült werden kann.

Die fernere Bedingung zur Erzeugung einer tadellosen Milch besteht lediglich in der Auswahl gesunder junger und in geeigneter Lactationsperiode sich befindender Milchthiere, welche entsprechend gefüttert und verpflegt werden müssen. Dahin gehört erstlich Vermeidung der beim öconomischen Betrieb der Milchwirthschaft nothwendig vorkommenden nachtheiligen Einflüsse, wie z. B. die Verwendung alter, mit allen möglichen Krankheiten (Tuberculose, Nymphomanie, Weissfluss etc.) behafteter Kühe, welche für den Landwirth so lange von Vortheil sind, als sie bei ihrem geringen Werthe noch die Melkeimer voll dünner, wässeriger Milch liefern. Ferner die Verfütterung und Verwerthung alles landwirthschaftlichen Futtervorrathes, auch des ungeeigneten und verdorbenen, ferner auch die Verfütterung alter Rückstände der Schnapsbrennereien, Brauereien, Oelereien etc. Dass bei solcher öconomischer Fütterungsweise, welche bei den betreffenden Thieren häufig Verdauungsstörungen und Euterkrankheiten (entzündliche Zustände und Degeneration der Milchdrüse) hervorbringt, keine gesunde Milch erzeugt werden kann, ist selbst den Laien klar.

Ein fernerer, nicht zu unterschätzender Uebelstand bei unserer gewöhnlichen Milch beruht auf der Unreinlichkeit; selten findet man eine Milch, die nicht nach dem Stall riecht; die Thiere, von denen unsere Milch stammt, sind in enge dumpfe Stallungen eingepfercht und werden das ganze Jahr durch nie gereinigt. Die Stallungen sind förmlich mit Kuhkoth ausgepflastert, welcher nie weggefegt wird. Den Melkern, selbst an keine Reinlichkeit gewöhnt, ist es auch gleichgültig, ob sich die Milch während ihrer Arbeit mit Koth vermengt oder nicht, endlich bleibt die Milch noch im Stalle unter voller Einwirkung der so vortheilhaften Stallgerüche eine Zeit lang stehen, bis sie daselbst durchgeseiht wird. Was nun vom Stalle weg weiter mit der Milch geschehen kann und thatsächlich oft geschieht, ist Jedermann bekannt.

Unter dem Eindruck dieser Thatsachen hat der Vortragende die Errichtung einer Milchcuranstalt für die Stadt Bern als nicht blos zeitgemäss, sondern als ein Bedürfniss erachtet und demgemäss in's Werk gesetzt.

Zum Vergleich theilt der Vortragende das Programm mit für die Anlage und den Betrieb der Milchcuranstalt in Frankfurt a. M., wie es von der Gesundheitscommission des ärztlichen Vereins aufgestellt worden ist und nach welchem Muster die hiesige Anstalt auch eingerichtet wird.

In der Discussion begrüsst Prof. *Demme* lebhaft das Project von Herrn *Jöhr*, fürchtet aber, dass die kostspieligen baulichen Einrichtungen den Preis der Milch wesentlich erhöhen und dass der in Aussicht genommene Preis von 60 Cts. per Liter mit Rücksicht auf die in Bern durchaus nicht schlechte Marktmilch für das Bedürfniss der Armen zu hoch sei.

Herr *Jöhr* entgegnet, dass der projectirte Preis von 60 Cts. per Liter eher niedriger sei als derjenige der Milchcuranstalten anderer Städte und dass bei genügender Frequenz eine Herabsetzung bis 45 Cts. möglich sei.

Im weitern Verlauf der sehr lebhaften Discussion wurden Bedenken geäussert bezüglich des anhaltenden Stallaufenthaltes für ein Thier, das naturgemäss im Freien weiden müsse, ebenso wurde die ausschliessliche Trockenfütterung nach

dem Vorgang von Autoritäten, wie *Biedert*, angefochten. Prof. *Guillebeau* ist es unbekannt, dass die Schwyzerrace für Perlsucht weniger empfänglich sein soll als eine andere Race, auch er hält den beständigen Stallaufenthalt trotz guter Ventilation für die Gesundheit der Thiere nicht für gleichgültig.

Herr *Jöhr* hält an der ausschliesslichen Stall- und Trockenfütterung im Interesse der Gleichheit der Milch fest. Die Bedenken, dass die Thiere durch längeren Stallaufenthalt leiden könnten, erkennt er nicht an, zudem sorge er für alljährliche Erneuerung der Milchthiere, was ihm durch einen Vertrag mit einem grössern Landwirth leicht möglich sei.

3) Wahlen des Comité's. Als Präsident wird gewählt: Prof. Dr. *Pflüger* (der bisherige); als Actuar und Cassier: Dr. *Ost* an Stelle von Dr. *Dick*, der eine eventuelle Wiederwahl bestimmt ablehnt.

Sommersemester 1882.

1. Sitzung 25. April, Abends 8 Uhr, im Hörsaal der Anatomie.

Anwesend 27 Mitglieder.

Als willkommene Gäste hatten sich mehrere im Militärdienst in Bern befindliche Collegen aus der Ostschweiz eingefunden, ferner waren sehr zahlreich vertreten Candidaten der Medicin, so dass der Hörsaal der Anatomie dicht angefüllt war zu dem

Vortrag von Prof. Dr. *Aeby*: „Ueber die Architectur des Gehirns mit Demonstration eines Gehirnmodelles."

Auf speciellen Wunsch des Vorstandes demonstrirte Prof. *Aeby* sein schon an der Oltener Versammlung 1881 die gerechte Bewunderung sämmtlicher Collegen erregendes Drahtmodell des menschlichen Gehirnes, das seither freilich nicht unwesentliche Verbesserungen erfahren hat. In bekannter lichtvoller Weise wies der Vortragende an einem Modelle nach, wie auch im Gehirn das Princip der Metamerie gewahrt sei und die unter sich in transversaler und longitudinaler Richtung verbundenen Stammganglien des Rückenmarkes mit ihren anatomisch wohl gleichwerthigen, physiologisch aber unendlich höher gestellten Hirnganglien nach vorheriger Kreuzung der Längsbahnen in engem Zusammenhang stehen und nur so der bestimmende Einfluss, den die Functionen des Rindengrau's auf die einzelnen Organe und Organgruppen ausüben, sich erklären lässt.

Prof. *Pflüger* verdankt bestens den Vortrag. Da die Zeit schon zu weit vorgeschritten, so verzichtet Prof. *Pflüger* auf einen Vortrag und ladet sämmtliche Collegen zum II. Act im Zähringerhof ein, der denn auch zahlreich besucht die Collegen in fröhlicher Stimmung bis gegen Mitternacht beisammenhielt.

XII. Versammlung der schweizer. Irrenärzte,

abgehalten in St. Urban am 2. und 3. September 1881. [1])

Ehrengäste: HH. Regierungsräthe *Jost* und *Schobinger* als Delegirte der h. Regierung von Luzern, Herrn Prof. *His* aus Leipzig, Herrn Architect *Tièche* aus Bern.

[1]) Manuscript den 13. August 1882 eingelangt. Redaction.



Anwesend sind ferner die Herren Prof. *Forel* und *Lauffer*, Burghölzli, *Nægeli*, Rheinau, Prof. *Schærer* und *G. Burckhardt*, Waldau, *Bark*, Basel, *Weller*, St. Pirminsberg, *O. Binswanger*, Kreuzlingen, *Challand*, Céry, *F. Fetscherin*, *Lisibach* und *Widmer*, St. Urban.

In der letzten Versammlung der schweizer. Irrenärzte, abgehalten in Céry (Lausanne) am 3. und 4. September 1880, war St. Urban als nächsten Versammlungsort gewählt und Dr. *F. Fetscherin* als Director der dortigen Anstalt mit der Einberufung betraut worden.

Erster Tag.

Durch Circular waren die Mitglieder auf den 2. und 3. September nach St. Urban eingeladen worden. Der Empfang war auf 2 Uhr Nachmittags festgesetzt.

Nach kurzer freundlicher Begrüssung der eingetroffenen Gäste durch Director Dr. *Fetscherin* wurde der Anstalt ein eingehender Besuch gewidmet.

St. Urban ist eine durch Beschluss des Grossen Raths des Cts. Luzern vom Jahre 1870 im dortigen frühern Cisterzienserkloster (aufgehoben 1848) gleichen Namens eingerichtete Irrenheil- und Pflegeanstalt. — Waren die Gebäude ursprünglich auch nicht zu Anstaltszwecken gebaut worden, so eigneten sie sich doch mit ihren hohen luftigen und sehr zahlreichen Räumlichkeiten (140 Sääle und Einzelzimmer) in ganz vorzüglicher Weise zum Umbau für den neuen Zweck. Der Umbau geschah unter der Leitung des ersten Directors der Anstalt (1873—1875), Herrn Dr. *L. Wille*, nunmehr Professor in Basel, der die Anstalt nach den neuesten Anforderungen der Wissenschaft einrichtete.

Es wurde die Anstalt im November 1873 für 200 Kranke eröffnet, im Jahre 1878 aber schon durch neue Einrichtungen um 50 Plätze erweitert. Am Tage der Versammlung hatte die Krankenzahl diejenige von 300 bereits überschritten, ohne dass deshalb bei den vorhandenen geräumigen Localitäten Ueberfüllung sich fühlbar gemacht hätte.

Die Räumlichkeiten des ehemaligen Klosters, welche im ersten Viertel des XVIII. Jahrhunderts in fürstlicher Pracht erbaut worden, boten für die verschiedenen Zwecke, auch für passende Einrichtung eines abgeschlossenen Pensionats, die beste Verwendung. Die alten Klostergärten boten in einer Ausdehnung von 4 Hectaren reiche Ausstattung mit Hof- und Gartenräumen für den Aufenthalt der Kranken im Freien, so dass bei günstiger Witterung sämmtliche unruhige Kranke (nicht Bettliegende oder momentan Isolirte) den ganzen Tag im Freien zubringen können. Ein im nahen Teiche mit durchfliessendem frischem Wasser eingerichtetes Freibad bietet Gelegenheit zu kalten Bädern und zu Schwimmübungen.

Von besonderem Werthe für die Anstalt ist der Besitz eines grossen, mit dem Anstaltsgebiet verbundenen Landcomplexes im Umfang von 70,56 Hectaren (196 Jucharten), welche den sogen. Weiherhof bildet; mit Scheune und den nöthigen Einrichtungen zur Betreibung einer rationellen Landwirthschaft (gegenwärtig 47 Kühe, 6 Ochsen, 6 Pferde u. s. w.).

Es bieten diese Verhältnisse reichliche Gelegenheit zur Beschäftigung der

Kranken, von denen ca. 30% in Garten und Feld oder in den Werkstätten beschäftigt werden.

Eine fernere Gelegenheit, passende Arbeit sowohl als einfachere und freiere Verpflegung für eine gewisse Zahl von Pfleglingen zu erzielen, bot sich der Anstalt durch Uebernahme des Selbstbetriebs eines zweiten ihr gehörenden Hofgutes, der sog. grossen Sonnhalde.

Dieses bisher von einem Pächter betriebene Gut von 64,51 Hectaren (179 Jucharten) stösst an das Gebiet des Weiherhofes in einer Ausdehnung von ca. 2 Kilom. Die Gebäude, circa 30 Meter höher als die Anstalt gelegen, bestehen aus einem Wohnhaus, einem steinernen, bisher als Speicher benutzten Stock und einer geräumigen Scheune. Durch Beschluss der Regierung von Luzern war dieses Gut der Anstalt zum Betrieb übergeben worden. Es wurde der solid in Stein gebaute Stock zur Wohnung für 10—14 Pfleglinge eingerichtet mit eigenem Schlaf- und Speise- oder Aufenthaltssaal. — Die Knechte bewohnen das Wohnhaus. Die Haushaltung wurde der Leitung von zwei theodosianischen Schwestern übergeben, welche von zwei Patientinnen unterstützt werden.

Im Frühjahr 1881 wurde dieses Gut übernommen und Mitte Juni die eigentliche Colonie eröffnet mit 10 Kranken und 2 Wärtern. — Das Gut ist vorläufig mit 25 Kühen, 6 Ochsen und 2 Pferden nebst einer Anzahl Schweinen besetzt, welche Zahlen aber bei rationellem Betrieb noch werden vermehrt werden können.

Dem Besuche der Colonie auf der grossen Sonnhalde wurde der spätere Nachmittag gewidmet, bis bei einbrechender Nacht der Rückzug in die Anstalt stattfand. Ein gemeinschaftliches Nachtessen in der zur Anstalt gehörenden Wirthschaft zum Löwen vereinigte die Anwesenden bis in den späten Abend.

Zweiter Tag.

Morgens 9 Uhr fand die Eröffnung der Verhandlungen in einem der Sääle der Anstalt statt.

Tractanden: 1) Verlesung und Genehmigung des Protocolls der letztjährigen Versammlung in Céry.

2) Herr *Forel* wünscht, dass die von der letzten Jahresversammlung beschlossenen und unter der Redaction der Herren *Fetscherin*, *Forel* und *Rist* erstellten Zählkarten für Erzielung einer gemeinschaftlichen Statistik der schweiz. Anstalten durch die Versammlung in der vorgeschlagenen und vorliegenden Form genehmigt und definitiv für die schweiz. öffentlichen Anstalten eingeführt werden sollen. Dieselben seien schon auf Neujahr 1882 an sämmtliche Anstalten versandt und würden bereits in mehreren Anstalten benützt.

Herr *Binswanger* wünscht, dass bei Erstellung dieser Zählkarten die nämlichen Bestrebungen in Deutschland, namentlich mit Hinsicht auf Vereinfachung, berücksichtigt werden möchten.

Herr *Forel* erwidert, dass diese Rücksicht bereits genommen worden, es nun aber auch an der Zeit sei, einmal etwas bestimmt Vorliegendes durch den Gebrauch zu prüfen, namentlich mit dem Beginn der 80er Decade.

Herr *Challand* ist mit Herrn *Forel* einverstanden und möchte die Zählkarten auf Neujahr 1882 obligatorisch einführen.



Herr *Weller*, wenn auch nicht in allen Puncten mit der Vorlage einverstanden. will dieselbe doch annehmen, damit einmal etwas Einheitliches erzielt werde; betont hauptsächlich den Gewinn, den die schweiz. Statistik daraus ziehen könne. Er fasst die Einführung immerhin als eine Art Provisorium auf, welches durch die Erfahrung noch Correcturen erleiden könne.

Der Vorschlag *Forel-Challand* wird angenommen: „Mit Neujahr 1882 sollen die vorliegenden Zählkarten (weiss für Männer, roth für Frauen) definitiv in den schweiz. öffentlichen Anstalten eingeführt werden."

2) Vortrag von Herrn Prof. *Forel.* Er zeigt einige Carmin- und Osmiumpräparate der Lobi optici einer nach *Gudden*'s Verfahren gleich nach dem Ausschlüpfen aus dem Ei enucleirten und nachher gross gewordenen Taube. Wie schon *Mayser* (Arch. f. Psych. 1877) angedeutet hat, ist die secundäre Atrophie der sensiblen Nervenkerne im Rückenmark anders als die der motorischen. Während alle Zellen der letztern völlig schwinden, findet man bei den erstern nur eine bedeutende Verkleinerung der ganzen grauen Substanz, die aber in ihrem verkleinerten Zustande dieselben Elemente enthält wie vorher.

Diese Beobachtung hat auch Vortr. seit Jahren an solchen Atrophiepräparaten gemacht, hat sich aber jetzt den Lobus opticus der Taube ausgewählt, um denselben einer nähern histologischen Prüfung zu unterziehen. Es zeigt sich nun, dass der atrophische Lobus opticus um etwa $^1/_3$ verkleinert und verdünnt ist. Die in ihn eintretenden Opticusfasern (s t r a t u m z o n a l e) sind mit ihren Verzweigungen bis mitten in den äussern Körnerschichten total verschwunden, was man an Osmiumpräparaten durch Vergleichung mit der normalen Seite leicht verfolgen kann. Die vier Körnerschichten sind auf der atrophischen Seite alle erhalten, aber schwächer entwickelt und undeutlich von einander begrenzt. Ebenso ist die Schichte der grossen Ganglienzellen, zwar sehr reducirt, aber doch vorhanden. Die Grösse der Zellen ist nicht merklich verändert. Alle die tiefern Faserschichten sind in leicht reducirtem Maasse erhalten, auch das radiale Fasernetz, das aus der Schichte der grossen Ganglienzellen und aus der tiefen Faserschichte hervorgeht.

Aus diesen Thatsachen zieht der Vortr. den Schluss, dass die erste centrale Verbindung der sensiblen Nerven wesentlich verschieden ist von derjenigen der motorischen. Die nach *Carrière*'s Untersuchungen unzweifelhaft durch vielfache Anastomosen unter einander verbundenen Kerne der motorischen Nerven dürften keinen andern Functionen als denjenigen der Muskelbewegung dienen, da sie mit den peripherischen Nervenfasern völlig zu Grunde gehen; auch geht hier jede Nervenfaser bekanntlich unverzweigt in eine Zelle über. Anders ist es mit den sensibeln Nerven. Hier wird zunächst immer zweifelloser, dass nicht jede peripherische Faser in einer Zelle endigt, wie *Deiters* meinte, sondern dass vorher Verzweigungen und Anastomosen der Fasern in den kleinzelligen und sog. granulären Schichten vorkommen. Man kann auch Faserverzweigungen an Osmiumpräparaten sehen. — Ferner aber zeigt die nur partielle Atrophie der Ganglienzellen der sensiblen Kerne, dass dieselben offenbar noch andern centralen Functionen (Reizumsetzungen? Hemmungen??) dienen, die trotz der Fortnahme des peripheren sensiblen Nerven fortdauern.

Ferner zeigt Vortr. der Versammlung ein Kaninchen vor, welchem 14 Tage nach der Geburt der rechte N. Trigeminus hinter dem Ganglion Gasseri weggeschnitten wurde. Das Thier zeigt die bekannte Keratitis, Verengerung der r. Pupille und soweit eruirbar vollständige Anästhesie im ganzen Gebiete des r. Quintus. Die untern Nagezähne sind durch den einseitigen Zug der Kaumuskeln am Unterkiefer seitlich von den obern gewichen, was einen Riesenwuchs in die Länge aller vier sich nicht mehr gegenseitig usurirenden Nagezähne zur Folge hatte. Dieses Thier kann in Folge der Lähmung des einen M. buccinator nicht saugen und in Folge der veränderten Nagezähne nicht kauen. Es kann nur noch Milch mit der Zunge lappen und muss auf diese Weise künstlich am Leben erhalten werden. Das Thier ist jetzt seit 3 Wochen operirt.

Nachdem Herr Prof. *His* noch einige Fragen an Herrn *Forel* gerichtet, und direct von diesem Beantwortung gefunden, macht

3) Herr *Challand* einige Mittheilungen über ein neues Mittel, hysterische Anfälle zu coupiren. Nachdem er die guten Wirkungen von Bromaethyl (20–40 Tropfen) besprochen, empfiehlt er, gestützt auf zahlreiche Beobachtungen, das Apomorphin hydrochlor. (1,0 auf 100,0 Aq. dest.; als Injection ¼–½–1 volle Spritze, aber 0,01 als höchste Dosis. Der Vortr. hat in vielen Fällen vortreffliche Wirkung erzielt.

4) Vortrag von Herrn Prof. *His*. Er spricht unter Vorzeigung von Zeichnungen über die erste Entwicklung der weissen Substanz am Gehirn und Rückenmark, sowie über diejenige der Wurzelfasern. Beim menschlichen Embryo fällt die Zeit, da die ersten Spuren dieser Bildung auftreten, in den Beginn der vierten Woche. Die Zellen, aus denen das Markrohr bis dahin ausschliesslich bestand, entsenden Ausläufer, die zum Theil in vorwiegend radialer, zum Theil in mehr circulärer Richtung sich anordnen. Ein Theil der radiären Fasern wandelt sich zum Neuroglingerüst um, das sich am Rückenmark bildet, bevor Längsfasern vorhanden sind. Andere von den Radiärfasern treten über die Oberfläche des Marks in die umgebende Substanz ein und werden zu motorischen Wurzelfasern. Die sensibeln Wurzeln wachsen höchst wahrscheinlicher Weise von den Ganglienanlagen aus in das Rückenmark hinein. Sie sammeln sich zunächst zu einem dem Medullarohre anliegenden Längsbündel. Die peripher auswachsenden Nerven sind Anfangs kurze dicke Stämme. Die Eigenthümlichkeiten späterer complicirter Nervenbahnen werden durch die secundären Umgebungen der betreffenden Körpertheile verständlich.

Es spricht der Vorsitzende Herrn Prof. *His* besonders warm den Dank der Versammlung aus, welche er schon wiederholt in frühern Jahren mit höchst interessanten Vorträgen und Mittheilungen beehrt und erfreut hat.

5) Herr Prof. *Schærer* und Herr Architect *Tièche* besprechen unter Vorzeigung von Plänen die Errichtung einer neuen Irrenanstalt für den Canton Bern und zwar auf dem zu diesem Zwecke durch die Regierung von Bern von der Erbschaft Lange angekauften Schlossgut in Münsingen. — Indem Herr Prof. *Schærer* die dringende Nothwendigkeit der Erweiterung der Irrenpflege durch den Neubau einer Anstalt hervorhob, theilte er mit, dass der Canton Bern in seiner

einzigen öffentlichen Anstalt, der Waldau, nur 300 Plätze für Geisteskranke bieten könne, während daselbst fortwährend 350 untergebracht werden müssen. — Es bietet also der Canton Bern bei einer Bevölkerung von 530,411 Einwohnern lange nicht 1 Platz auf 1000 Einwohner, welche Zahl als Minimum bei der Irrenpflege verlangt werden muss. —

Die Errichtung eines grossartigen Exercierplatzes und die Militäranstalten für die III. Division in unmittelbarer Nähe der Waldau, sowie eines frequentirten Schiessplatzes in geringer Entfernung mit allen ihren Inconvenienzen für die einer Irrenanstalt so durchaus nothwendige ruhige Lage habe die Erweiterung der Anstalt in der nächsten Umgebung zur Unmöglichkeit gemacht. Die so nöthige Isolirung der Anstalt vom Geräusch der Aussenwelt sei zeitweise ganz aufgehoben, indem wiederholt manövrirende Soldaten das Terrain der Anstalt betreten und die Kranken in hohem Grade beunruhigen, während andererseits das anhaltende Schiessen anderweitig störend einwirken muss.

Der projectirte Neubau ist für 300 Betten berechnet, welche durch spätere Entwicklung bis auf 600 vermehrt werden können, wenn das Bedürfniss sich fühlbar machen werde.

Herr *Fetscherin* spricht sich mit Anerkennung über die Zweckmässigkeit des vorliegenden Projectes aus und unterstützt namentlich auch die von Herrn Prof. *Schærer* auseinandergesetzten Gründe, welche gegen Erweiterung der Waldau sprechen.

Herr *Binswanger* findet die Anlage der Infirmerie etwas entfernt vom Hauptbau und macht auf daherige Erfahrungen bei'm Bau von Alt-Scherbitz aufmerksam.

Herr *Forel* empfiehlt im Falle der Annahme die *Sulzer*'schen Heizeinrichtungen nach dem Muster der Münchener Anstalt zu bauen, welches sich vorzüglich bewährt habe.

Nach gehaltener Umfrage wird über die vorliegenden Pläne die Zustimmung der Versammlung ausgesprochen.

In Rücksicht auf die vorgeschrittene Zeit erklärt Herr *G. Burckhardt*, seine Mittheilung über einen Fall von Worttaubheit zurückziehen zu wollen.

Nach den Verhandlungen, welche mit Bezeichnung von Marsens (Bulle), der öffentlichen Anstalt des Cantons Freiburg, als künftigem Versammlungsort und von Director Dr. *Martin* als künftigem Vorsitzenden abschlossen, vereinigte ein gemeinschaftliches Mittagessen in einem der Anstaltssääle die anwesenden Gäste.

Nach wenigen in heiterster Stimmnng verbrachten Stunden rückte nur zu schnell die Zeit der Trennung herbei. Ehrengäste und Collegen trennten sich, nachdem in verschiedener Weise die Befriedigung Ausdruck gefunden, einige Stunden in anregendem Gedankenaustausch, zu gegenseitiger Belehrung und in freundschaftlich collegialischem Zusammensein verlebt zu haben.



Referate und Kritiken.

Beiträge zur Geburtshülfe, Gynæcologie und Pädiatrik.

Festschrift zu *Credé*'s Jubiläum. Leipzig, W. Engelmann, 1881.

Unter diesem Titel sind 4 geburtshülfliche, 3 gynæcologische und 5 die Kinderheilkunde betreffende Abhandlungen vereinigt.

I. Geburtshülfe. Dr. *H. Fehling:* Ueber das *Credé*'sche Verfahren und die Nachgeburtszeit.

Um den Werth des *Credé*'schen Verfahrens zu prüfen, hat der Verf. bei 185 normalen Geburten Versuche angestellt. In 90 Fällen wurde die Placenta bei der dritten oder vierten Nachgeburtswehe exprimirt, die durchschnittliche Blutung betrug dabei 169 grm., die Nachgeburtszeit dauerte durchschnittlich 7,7 Min. Bei 95 Fällen wurde eine halbe Stunde gewartet und dann exprimirt, es ergab sich als durchschnittlicher Blutverlust 235 grm. und als durchschnittliche Dauer der Nachgeburtszeit 13,4 Min. Somit ist der Blutverlust beim Zuwarten ein etwas grösserer, in Bezug auf das Zurückbleiben von Eihautstücken war kein nennenswerther Unterschied zu constatiren. Sicher ist hingegen, dass bei Anwendung des *Credé*'schen Handgriffs ein grösserer Theil der Decidua zurückbleibt, was leicht Anlass zu träger Involution und zu Spätblutungen gibt; diese Uebelstände traten in den *Fehling*'schen Fällen übrigens nicht hervor. Am Ende werden noch einige Betrachtungen über den Hergang bei der Ausstossung der Nachgeburt angeschlossen. Gewöhnlich sitzt sie an der vorderen oder hintern Wand, der sagittale Durchmesser des Uterus ist sehr klein, bei den Nachwehen wird er grösser, der Längs- und hauptsächlich der Querdurchmesser dagegen kürzer. Dies hat eine spiralige Drehung der Nachgeburt zur Folge. Beim Austritt derselben soll man daher achten, in welcher Richtung diese Drehung vor sich geht und nach der gleichen Seite weiter drehen. Die Eihäute schlagen sich gewöhnlich auf die Uterinfläche der Placenta zurück, in 82 Fällen enthielt der Eihautsack kein Blut. Verf. glaubt, dass der *Credé*'sche Handgriff den Hebammen zu lehren sei. Beobachtungen des physiologischen Vorgangs passen für Kliniken, nicht aber für die Praxis. Wenn sich die Hebamme vor Geburt der Placenta dem Kind widmet, kann die Mutter inzwischen leicht durch Blutung gefährdet werden.

Dr. *H. Ploss:* Historisch-ethnographische Notizen zur Behandlung der Nachgeburtsperiode.

Der Inhalt ergibt sich aus dem Titel, die einzelnen Beobachtungen in einem Referat wiederzugeben, ist nicht wohl möglich. Am Ende der Arbeit kommt der Verf. zu dem Schluss, dass im Hinblick auf die Indianersitten das *Credé*'sche Verfahren als das von der Natur vorgeschriebene Mittel erklärt werden könne.

Dr. *P. Grenser:* Ueber Geburten bei älteren Erstgebärenden in der Privatpraxis.

Aeltere Primapare kommen in der Privatpraxis häufiger vor als in Spitälern. Unter 42 Geburten am Ende der Schwangerschaft älterer Erstgebärender (30—45 J.) verliefen nur 3 ohne jegliche Kunsthülfe. Unregelmässige Lagen waren häufiger als sonst. Unter den Operationen finden sich 24 Zangenanlegungen. Dammrisse kamen 20 Mal vor, die durchschnittliche Dauer der Geburt betrug 25,28 Stunden, Knaben waren doppelt so häufig als Mädchen. Die Morbidität der Wöchnerinnen war etwas grösser als die auf Kliniken beobachtete, die Mortalität 0. Von 43 Kindern (1 Mal Zwillinge) wurden 6 todtgeboren, während des Wochenbettes ging keines zu Grunde.

Dr. *M. Sänger:* Der Kaiserschnitt bei Uterusfibromen als Grundlage einer vergleichenden Methodik der normalen Sectio caesarea und der Porro-Operation.

Trotzdem dass die meisten Porro-Operationen mit antiseptischen Cautelen ausgeführt worden sind, ist die Mortalität derselben keine günstige, nämlich 55,4%. Sie ist aus 74 dem Verf. bekannten Fällen berechnet. 5 Operationen wegen Beckentumoren, darunter 4 wegen Myomen des Uterus endeten letal. Verf. kam nun selbst in die Lage wegen eines retrouterinen im Becken eingekeilten Fibroms den Kaiserschnitt zu machen. Er wählte die alte Methode, nähte die Uteruswunde mit 6 tiefern, durch die ganze Dicke des Organs gehenden und 4 oberflächlichen, auch noch Muskelgewebe mitfassenden Nähten,

die Frau genas, das Kind war frisch todt. Er glaubt den alten Kaiserschnitt empfehlen zu müssen; denn die Raschheit der Operation ist eine grössere, zweckmässige Nahtanlegung schützt vor den Gefahren einer Blutung u. s. w. Im Gegensatz dazu sind die Schwierigkeiten der Stielversorgung bei der Porro-Operation gross.

II. Gynaecologie. Prof. *C. Hennig:* Die Lebensdauer des Carcinoma mammae und die Lebensdauer bei Carcinoma mammae.

Die durchschnittliche Lebensdauer von Patientinnen, bei denen der Brustkrebs nicht operirt wurde, stellt sich aus den Statistiken von *Cornil, Hennig, v. Winiwarter, Oldekopp* berechnet auf 27 Monate, Operirte leben länger, 9% werden dauernd geheilt. Unter den therapeutischen Maassregeln wird auch die Electrolyse empfohlen.

Dr. *G. Leopold:* Zwei Myomotomien mit Versenkung des Stieles.

Verfasser hat in zwei Fällen von grossen Myomen des Uterus dieselben exstirpirt unter Anwendung von elastischer Ligatur, keilförmiger Excision, sorgfältiger Vernähung und Versenkung des Stieles. Beide Kranke wurden geheilt. Er empfiehlt diese Methode als die sicherste und als hauptsächlich für die Nachbehandlung einfachste.

Dr. *L. Prochownick:* Ueber Pruritus uterinus.

Die Krankheit, welche der Verf. mit diesem Namen bezeichnet, ist bisher noch nicht beobachtet, wenigstens nicht beschrieben worden. Die von ihm behandelte Kranke litt an spontanen und durch Berührung etc. exacerbirenden, sehr heftigen Juckempfindungen im Uterus, während die äussern Genitalien keine abnorme Sensibilität zeigten. Die Affection war nach dem ersten Puerperium aufgetreten, hatte sich in der siebenten Woche der zweiten Schwangerschaft verloren und war nach Beendigung derselben wieder zum Vorschein gekommen. Der Befund war fast negativ, nur die stark saure Reaction des Uterussecrets war auffallend. Nach mannigfaltigen therapeutischen Versuchen gelang die Heilung durch Irrigationen mit 8% Holzessiglösung und innerlicher Verabreichung von Bromkali. Nach dieser Cur, die 7 Monate dauerte, war das Secret des Uterus alcalisch.

III. Paediatrik. Dr. *A. Froriep:* Zwei Typen des normalen Beckens.

Unter den normalen weiblichen Becken stellt der Verf. zwei Typen auf, von denen der eine, dessen Promontorium über der Beckeneingangsebene liegt, die mehr kindliche Form repräsentirt. Die andere mit tieferstehendem Promontorium stellt die höhere Entwicklungsstufe dar und verdankt ihre Entstehung wohl der Einwirkung der Rumpflast.

Dr. *A. Schütz:* Ueber Gewicht und Temperatur bei Neugeborenen.

282 Gewichtscurven mit fast 4000 Einzelwägungen und 187 Temperaturcurven mit 4470 Messungen haben folgendes Resultat ergeben:

Reife, gestillte, gesunde Kinder nehmen vom dritten Tag an zu und überschreiten das Initialgewicht am zehnten Tage. Frühreife Kinder verlieren einen grössern Theil ihres Anfangsgewichts als Reife, nehmen erst einen Tag später zu und erreichen das Initialgewicht 4—5 Tage später. Ophthalm. neonator. wirkt sehr ungünstig, am meisten leiden darunter frühreife, künstlich genährte Kinder. Pemphigus ist weniger nachtheilig.

Der rascheste Temperaturabfall erfolgt in der ersten Viertelstunde, die niedrigste Temperatur findet sich fast immer innerhalb der ersten 2 Stunden. Das Missverhältniss von Wärmeabgabe und Bildung gleicht sich nach 24 Stunden aus. Die Tagesschwankungen sind bei gesunden reifen Kindern gering, sehr niedrige Temperatur haben Frühgeborene und Asphyctische. Sobald regelmässige Gewichtszunahme eintritt, erfolgt auch Regelmässigkeit der Temperatur. Krankheiten der Mutter, besonders fieberhafte, verändern die Milch und üben einen ungünstigen Einfluss auf die Ernährung des Kindes aus.

Dr. *Opitz:* Ueber die Thätigkeit der Brustdrüse der Neugeborenen.

Die Milchsecretion der Neugeborenen beginnt meistens erst 24 Stunden nach der Geburt. Sie ist so zu sagen immer vorhanden, bei früh und rechtzeitig geborenen Knaben und Mädchen; nur ein Mal fehlte sie. Sie dauerte gewöhnlich 30 Wochen, ein Mal sogar 75 Wochen. Die Milch der Neugeborenen unterscheidet sich von der der Frauen durch das Vorhandensein von Colostrumkörpern und die sehr unter einander verschiedene Grösse der Milchkügelchen, das lange Andauern der alcalischen Reaction hat sie mit letzterer gemein. Pigment enthält sie normaler Weise nicht.

Dr. *W. Moldenhauer:* Zur Physiologie des Hörorgans Neugeborener.

Verf. bediente sich zu seinen Untersuchungen des Cri-Cri. Die grosse Mehrzahl der

untersuchten Kinder reagirte durch Zucken der Augenlider, Runzeln der Stirn, Bewegen des Kopfes gleich das erste Mal. Ein 9 Tage altes Mädchen drehte den Kopf nach der Schallquelle. Es bleibt unentschieden, ob es sich um Schmerz oder wirkliche Gehörsempfindung handelt.

Dr. *L. Fürst:* Zur mechanischen Behandlung des Prolapsus recti im Säuglingsalter.

Der vom Verf. angegebene Apparat besteht aus einer Bleiplatte, die auf einer centralen 0,75 cm. grossen Oeffnung einen hohlen 2,5 cm. langen Zapfen trägt. Dieser letztere kommt in's Rectum zu liegen, die Platte wird mit 4 Bändern an einer Bauchgurt und diese wiederum durch Achselbänder befestigt. In der Gegend des Sphincter ani extern. ist der Zapfen etwas verdünnt, der Koth geht durch denselben ab und man kann durch ihn Medicamente und Clysmata appliciren. Ein Fall von Prolapsus recti mit beginnender Gangræn und diphtheritischem Belag bei einem 16tägigen Kinde, das an Keuchhusten litt, wurde in $10^{1}/_{2}$ Tagen dauernd beseitigt. *Gönner.*

Feuilles volantes.

I cahier. Causeries chirurgicales et menus-propos d'un chirurgien. Par le Dr. *Rouge.* Lausanne, F. Rouge, 1882. p. 56.

Wie der Maler seine Skizzen und Studien will *R.* den Collegen aus seinen Notizen auch einige chirurgische Entwürfe aus erster Hand ohne weitere Retouchen bieten. Nicht nur die Aerzte der romanischen Schweiz, wie er meint, auch wir Uebrigen lesen sie mit grossem Interesse.

Den Hauptinhalt bildet eine Studie über **Croup** und **Tracheotomie,** welche die eingehendste Beachtung verdient. „Ich bezwecke, vor Allem die erschreckende Sterblichkeit zu zeigen, welche beim Croup der Tracheotomie folgt und die Frage zu stellen, ob es nicht besser wäre, auf diese Operation als gewöhnliche Behandlung zu verzichten, um sie nur auf einzelne, besondere Fälle zu beschränken.“

Fast zwanzig Jahrhunderte alt, ist die Tracheotomie doch erst seit 50 Jahren zu stärkerer Anwendung gelangt, besonders beim Croup.

Aus der reichen Literatur hebe ich nur einige markante Daten hervor:

Vom 27. Januar bis 13. März 1879 herrschte in 269 Dörfern des polnischen Gouvernement Pultawa mit 451,937 Seelen eine mörderische Diphtherie epidemisch; von 908 angezeigten Fällen starben 520 (57,2%), eine gegenüber der Sterblichkeit der allgemeinen Diphtherie bei der Behandlung durch die Tracheotomie äusserst niedere Mortalitätsziffer.

Mit Tracheotomie: *Sée* und *Roger* (1826—1852) 10,721 Croup, geheilt 2107, † 80,35%; *Boissier* 1826—1840 eine Heilung auf 4, 1841—1858 1 : 6. *Scoutetten*, *Velpeau*, *Gerdy*, *Gendron* 81,3% Mortalität. 1848 von 49 Tracheotomien im Hôpital des enfants malades 1 genesen, von 1850—1857 bei 398 Tracheotomien 78,9% Mortalität; *Trousseau* hatte (1849—1858) bei 466 T. 73% M.; *Archambault* 1866—1875 in Paris bei 2702 T. 75% M., *Bartels* und *Güterbock* (Berlin) bei 330 T. 69% M., *Krönlein* 1870—1872 auf *Langenbeck*'s Klinik 504 T. mit 70,8 und zu gleicher Zeit *Settegast* (Bethanien) 754 T. mit 68,25% M.; *de St. Germain* hatte 1873—1876 70, *Moizard* 1873 81, 1876 87,57, *Boissier* 76, *Labric* 82% M.

Wir (Ref.) fügen hier einige neuere Mittheilungen bei. Im Zürcher Kinderspital (*B. Becker,* das erste Hundert Croupoperationen des Zürcher Kinderspitales, 1874—1880, Inaug.-Dissert., 1882) wurden 1874 bis und mit 1880 144 Diphtheritisfälle aufgenommen, † 72 = 50%. Es starben 2,6% Knaben mehr als Mädchen überhaupt und 4,0% mehr bei den Tracheotomirten, trotzdem die Knaben durchschnittlich 2 Monate älter waren; die grösste Zahl der Erkrankungen im 3. und 4. (23,6 und 22,9% Aller) Lebensjahre; operirt 100, † 63 = 63% (das Heilungsverhältniss variirt enorm in den einzelnen Jahren 23—63,6% Heilung); im 1. Lebensjahr operirt 1, † 1, im 2. 9, † 8 = 88,8%, im 3. 21, † 18 = 85,7%. Unmittelbarer Erfolg: völlig freie Respiration 38, † 6 = 15,8%, nicht völlig freie 61, † 56 = 91,8%, exit. let. sofort 1 (bei *Krönlein* 66,1 und 91,3%). Die Operation war immer nur indicatio vitalis und wird weitaus am besten im Spital gemacht und zwar fast ausnahmslos Tracheotomie superior; nur in 4 Fällen Narcose. *Luer-*

sche Canüle mit beweglichem Schild und *Backer*'sche Canülen; Wasserdampfatmosphäre des Zimmers. Operateur Dr. *W. v. Muralt.*

Im Zürcher Cantonsspital (Prof. *Rose*) hatte *Hugonnay* (das erste Hundert Croupoperationen, Inaug.-Diss. 1878) 65,77% Mortalität; im 1. Lebensjahr 6, † 5 = 83,3%, im 2. 21, † 16 = 76,20, im 3. 26, † 20 = 76,93%.

R. Demme (XIX. medic. Bericht über die Thätigkeit des *Jenner*'schen Kinderspitales, 1881), 1862—1882 (Ende Juni, 1881 und 1882 enorm gesteigert) 52 Tracheotomien (es durfte bis letztes Jahr keine Diphtherie im Spital aufgenommen werden) wegen Croup und Diphtherie im Spital, † 28 = 53,8%, poliklinisch 23, † 14 = 60,8%, zusammen 75 mit 42 † = 56%. Die poliklinischen Resultate (Patienten in der Stadt zerstreut) sind besonders erfreulich. Operirt im 1. Lebensjahr 3, † 3; im 2. 17, † 12 = 70,5%. — Bei 432 Fällen von primärer pharyngealer und zum Theil auch nasaler Diphtheritis kam das Uebergreifen auf den Larynx 78 Mal vor (32 tracheotomirt, Rest sonst geheilt oder †); von diesen 432 Fällen (in 20 Jahren) † 87 = 20,1%.

Hagenbach (XIX. Jahresber. des Kinderspitales Basel) operirte 1872 bis und mit 1881 (Operation immer nur indicatio vitalis) im Spitale 130, geheilt 46, Mortalität 64,6%; 1881 mit Diphtherie und Croup aufgenommen 53, † 25 = 47,1%; 16 nicht operirt, † 3 = 18,7%, operirt 37, † 22 = 59,4%. Es war, wohl zumeist durch Einschleppung von aussen, da die Frequenz der Erkrankungen an Diphtherie 1881 in der ganzen Stadt enorm anstieg, eine Hausepidemie (Spital) entstanden: erkrankt (also wegen andern Krankheiten im Spital Behandelte) 21, † 12 = 57,1%, operirt 6, † 5 = 83,8%. Eine demnächst erscheinende Arbeit wird noch eingehender Bericht erstatten.

Neuhaus (Gemeindespital Biel, Verwaltungsbericht für 1878 bis und mit 1881) operirte 17, † 7 = 41,1%, und in den ersten 6 Monaten 1882 14, † 6 = 42,8%, zusammen 31, † 13 = 41,9% (fast immer Narcose, Haut- und Trachealschnitt möglichst klein, auch die Venen unterbunden — nur 1 Mal Nachblutung —, Trachealschnitt fast ausnahmslos immer unter dem Ringknorpel, *Luer*'sche Canule, nur Brunnwasserdämpfe, direct in die Canule, Jodoform auf die Wunde, bei Röthung Belladonnasalbe 1 : 10). In der Privatpraxis sei in den letzten 30 Jahren in Biel kein einziger operirter Croupfall durchgekommen, Hauptsache Geschick und Hingebung der Wärterinnen. (Soweit Ref.)

Diese Resultate reihen sich denen von *Revilliod* (Genf) an 56,4% M. *Rouge* sucht später nachzuweisen, dass *Revilliod* seine guten Resultate nur dem Umstande verdanke, weil er auch die gutartigen Fälle operirt habe.

Bourdillat fand: unter 2 Jahren 97, 2 J. 88, 2½—3 J. 83, 3½—4 J. 70, 4—5 J. 65, 5½—6 J. 62, von 6 Jahren an 59% M. „Man behauptet, dass über 10—12 Jahre die Mortalität wieder sehr ansteigt und kein Erwachsener mit Croup die Operation überstehe, weil in diesem Alter, nach *Trousseau*, nur bei Bronchialcroup die Asphyxie so gross werde, dass die Tracheotomie indicirt sei.“

Dr. *Mougeot* behauptet, dass die Mehrzahl der geheilten Croupkinder das Alter der Majorität nicht erreichen, und dass die Militärärzte aussagen, nie einen Tracheotomirten bei der Aushebung gesehen zu haben, was *R.* (ehemals Divisionsarzt der I. Division) bestätigt, obwohl doch mehr Knaben als Mädchen die Operation überstehen.

Die höchste Sterblichkeit hat die Diphtherie im Winter.

In Paris zeigt sie 83% im I., 79 im II., 54 im III. und 73 im IV. Quartal. Die Mortalität durch Diphtherie hat sich in Paris in 10 Jahren verdreifacht. 1871—1882 † in Paris nach *Besnier* an Typhus 13,004, Pocken, Scharlach und Masern 14,000, Diphtherie 16,629.

Im II. Capitel folgt eine sehr exacte Geschichte der Tracheotomie, aus der ich nur einzelne wenige Daten herausgreife. *Hippocrates* empfahl bei Asphyxie den Catheterismus der Trachea durch den Mund; erst *Asclepiades* (geb. 124 a. Ch. n.) erfand die Laryngotomie oder wahrscheinlich die Tracheotomie. *Antyllus*, zu Ende des III. Jahrh., gibt schon eine exacte Beschreibung und kannte auch die Complicationen der Lunge. Er durchschnitt transversal. *Fabricius* ab Aquapendente (geb. 1537) erfand die Canüle.

Die Ausführungen S. 9—19 sind um so interessanter, als sie auch alle die Versuche zeigen, die Operation ohne Canüle möglich zu machen (transversaler Schnitt, Excision von Trachealkeilen etc.).

R. hält die Canüle für keinen Fortschritt, keinen wirklichen Vortheil.

Cap. III. Die Tracheotomie ist in Frankreich ganz eingebürgert, fängt an, in Deutschland sich auszubreiten, während die Engländer sie nur sehr selten ausüben. *Vogel* verwirft sie ganz; *West* (London) sagt 1875, „dass seine persönliche Erfahrung über die Resultate der Tracheotomie für die Operation ausnahmsweise ungünstig seien;" ebenso *Holmes*, während *de St. Germain* (Paris) sie die schönste Operation nennt und sie so verbreitet wissen möchte, als es der Aderlass war. *Malgaigne* war sehr abgeneigt (1877) und meint, *Trousseau* und seine Schüler hätten nur so gute Resultate, weil sie früh, „ich bin gezwungen zu sagen, zu früh (de trop bonne heure)" operirten.

In der Schweiz beginnt die Tracheotomie die gewöhnliche Behandlung des Croup zu werden; in Genf sehr häufig, Waadt oft, aber der sehr erfahrene Dr. *Meillaud* sagte: „Die durch die Tracheotomie geheilten Croup sind die, welche auch ohne Operation durchgekommen wären." *Rouge* stimmt bei und citirt eine Reihe von Fällen, bei welchen die Tracheotomie als ultimo ratio indicirt und Alles zur Operation bereit war; im letzten Augenblick zufällige Abhaltungen (Widerstand Verwandter, Flucht der Mutter mit dem Kinde etc.) — die Kinder genasen.

R. sucht die verschiedenen Resultate der Operation hauptsächlich in der verschiedenen Ursache der Asphyxie. Die Diphtherie des Rachens und der Nase (die dann auf den Kehlkopf übergeht) ist sehr gefährlich: *Trousseau* verlor auf seiner Klinik 19 von 20, „während man von 10 Fällen von Croup eine gewisse Zahl rettet." Bei dieser Form soll man nicht operiren.

Daneben haben wir die speckige (couenneuse) oder pseudomembranöse Angina, „die immer oder fast immer durch örtliche Behandlung heilt." („Weisse plaques, wenig dick, auf den Gaumenbögen, Mandeln und Wänden des Pharynx, nie in der Nase, bei schweren Fällen complicirt mit Glottisödem." *R.* hat 4 solche Fälle operirt.)

Drittens haben wir, was die Franzosen „Croup d'emblée" heissen, Croup von Anbeginn: nichts im Rachen und dennoch sofort höchste Asphyxie — es ist Diphtherie des Larynx und der Trachea (ascendirende Diphtherie, Ref.). Sehr gefährlich, die Plaques erscheinen gewöhnlich erst am zweiten Tage im Rachen; Operation unnütz (auch *Demme* macht auf die Erfolglosigkeit bei Complicationen der Lunge aufmerksam, Ref.).

R. nimmt also 3 Arten von Croup an: a) bewirkt durch allgemeine diphtheritische, b) durch einfache pseudomembranöse Angina, c) Laryngeal-Trachealcroup und citirt nun die Ansichten einer grossen Zahl Autoren aller Nationalitäten: wir übergehen diese noch nicht abgeklärten Streitfragen. *Eberth* (Croup nur im Larynx und bleibt dort beschränkt; Diphtherie nie primär im Larynx, sondern dort nur durch Propagation entwickelt) „ohne Micrococcus keine Diphtherie"; ob aber die Pilze Ursache oder nur Resultat (Pseudomembranen günstiger Fruchtboden), ist noch unentschieden.

Im IV. Abschnitt sucht *R.* die practischen Schlüsse zu ziehen und sieht sie in der Unterscheidung seiner zwei Hauptformen: die eine ist gutartig, nicht infectiös (hier wäre zu operiren, hier gute Resultate — z. B. *Revilliod*); die andere ist schwer, toxisch, mit fast immer fatalem Ende: da ist der chirurgische Eingriff „unnütz, schädlich und vielleicht sogar gefährlich."

Aber wie unterscheiden? Bei Epidemien leicht; aber nicht so in den sporadischen Fällen. Es sollte die Temperatur und namentlich ihr Verlauf exacter studirt werden; vielleicht böte er Anhaltspuncte. — Die Varietätendiagnose des Croup ist oft unmöglich, und gar die Complicationen der Lunge sind fast immer in diesem Momente nicht zu erkennen. Am schlimmsten ist der Bronchialcroup: *Krönlein* hat 66,1% Mortalität da, wo nach der Operation die Respiration frei war und 91,3% da, wo nicht sofort die Athmungsnoth aufhörte; *v. Muralt* 15,8 und 91,8%.

V. Die Canule wurde eingeführt durch *Fabricius* ab Aquapendente. *Guillon de Royan* (1881) sagt: „Die Tracheotomie richtet die Kranken wieder auf; hernach tödtet sie die Canule." *R.* demonstrirt die Nachtheile: Aufrollen von Membranen durch das Einschieben, Verstopfung, Ansammlung des Secretes unter der Canule, Reiz bis zu Ulcerationen (Nachblutungen, Ref.). Zahlreiche Ersatzversuche, von der Excision von Trachealpartien bis zu allen möglichen Dilatatoren, Häckchen etc. *Martin* (Dublin) führte einfach links und rechts Fadenschlingen durch die incidirte Trachea und knüpfte sie im Nacken zusammen; *Martin* (Boston) näht die Trachea an die Haut.

Wäre es nicht passend, die alte, vor *Fabricius* angewandte Methode der transversalen Spaltung zwischen zwei Trachealringen wieder aufzunehmen? Wer legt denn bei einem Fremdkörper eine Canule ein? Kein Chirurg.

VI. Gibt es keinen andern Ausweg als die Tracheotomie? Schon *Hippocrates* rieth die Cathetrisation der Trachea bei Suffocation. *Desault* führte einem Soldaten durch die Nase eine Sonde in den Oesophagus und eine zweite in die Trachea und liess sie 14 Tage liegen. *Reyhard* (1793—1863) führte zuerst bei Croup eine „Sonde à demeure" ein. *Schrötter* und *Störk* publiciren Fälle von Larynxstenose, bei welchen sich die Kranken mit Leichtigkeit selbst den Larynx cathetrisirten. — *W. Macewen* (Glasgow) liess cylindrische Sonden (bei Glottisödem etc.) bis zu 36 Stunden liegen und fand die Einführung leicht; nur die erste ist dem Patienten penibel. Dr. *J. Wilson Patton* hat (1881) einen Croup mit drohendster Asphyxie durch Einführung von Sonden (also ohne Tracheotomie) rasch geheilt. *Krishaber* (Paris, 1882) sagt, dass so heftig Trachea und Pharynx auf eindringende, flottirende Flüssigkeiten reagiren, so leicht ertragen sie eingeführte, fest anliegende Sonden, die nicht einmal die Phonation ganz aufheben.

Es lohnt sich also recht wohl der Mühe, die wichtige Frage der Cathetrisation des Larynx bei Croup eingehend zu studiren: sie vermeidet die schwere Läsion, welche die Tracheotomie immerhin bleibt und mit ihr die Gelegenheit zu neuer diphtheritischer Infection.

Ref. enthält sich eigener Reflexionen; immerhin glaubt er, die angeregten Versuche seien aller Beachtung werth, obwohl sich im Ganzen nach und nach die Resultate der Tracheotomie gebessert haben.

Die „Causeries" bringen noch eine Anzahl weiterer chirurgischer Fälle, auf die ich gelegentlich zurückkomme, vor Allem aber als „Menus-propos" die „Guérisseurs Lausannois", eine scharfe, witzige Satyre auf die Waadtländer Curpfuscherei. Zum Schlusse einige medicinische Anecdoten: Dem alten Dr. *Pellis* hielt man vor, wie er einen seiner Kranken habe sterben lassen können, „Sie, der Sie alle Krankheiten heilen!" — „„Ich heile sie wirklich alle,"" meinte der excellente Practiker gelassen, „„alle, nur die letzte nicht.""

Auf dem Kirchhofe von Andermatt steht die Grabschrift: „Frau Regierungsrath Jos. Rosa Danioth; geb. 1830, Nov. 27., gest. 1869, Nov. 19., als Opfer der Medicin. Die trauernde Familie." Herr Regierungsrath Danioth hat im September 1875 die schweizerische naturforschende Gesellschaft im Namen des Cantons Uri bewillkommt. „Man ist ein wenig schroff (raide) in Andermatt, Herr Landammann!"

Wir erwarten mit Vergnügen die Fortsetzung. *A. Baader.*

Handbuch der Kinderkrankheiten.

Von *Gerhardt.* Bd. I, Abth. 1. Zweite umgearbeitete und vermehrte Auflage. Geschichte der Kinderkrankheiten. Anatomie und Physiologie des Kindesalters von *C. Henning, W. Henke* und *K. v. Vierordt.* Mit 68 Holzschn. Tübingen, 1881. 8°. Verlag der H. Laupp'schen Buchhandlung. Ladenpreis 10 Mk.

Die Verlagsbuchhandlung wünscht „im Interesse des Lesepublicums obige Preisangabe beisetzen zu wollen, und sie hat Recht, auf diesen Finanzpunct das Augenmerk zu lenken. Dieser Band ist in der That billig, denn zehn Mark = Fr. 12. 50 sind für nahezu 32 Bogen in gross Octav mit der beträchtlichen Zahl von Holzschnitten nicht viel Geld. Der wissenschaftliche Schwerpunct dieser ersten Abtheilung liegt in dem Abschnitt „Physiologie des Kindesalters". Die Physiologen und Aerzte, namentlich auch die neuerdings in erfreulicher Weise sich mehrenden physiologischen Arbeiten der an Kinderspitälern wirkenden Aerzte haben ein werthvolles Material zusammengebracht, das in hohem Grade einheitlich und gesichtet zur Darstellung kam. *K. v. Vierordt* ging ganz richtig von der Ueberzeugung aus, dass mit einer blossen Skizzirung unseres jetzigen Wissens nichts geschehen sei, dass es namentlich den Anforderungen der practischen Medicin in keiner Weise genügen könne. Deshalb vertieft er sich mit der ganzen Schärfe physiologischer Untersuchung in seinen Gegenstand. Keine Erscheinung bleibt unerwähnt. Im Vordergrund der Erörterungen steht das Wachsthum. Die bis jetzt gesammelten Erfahrungen sind auf das eingehendste nach den verschiedenen Seiten benützt und in übersichtlicher Art gut geordnet.

Um einen Einblick in die methodische Behandlung der einzelnen Capitel zu geben, müsste man ein solches hierhersetzen. Aber das ist eben nicht zulässig, ja ich muss mir selbst versagen, die lehrreichen Capitel über Blut, über dessen Kreislauf, über die Verdauung, das Athmen u. s. w. auch nur dem Namen nach aufzuzählen. Ihr Inhalt wird jeden Wissbegierigen fesseln. Ich will nur noch mit ein paar Worten des anatomischen Theiles gedenken. Für die Physiologie sind die Tabellen und Curven die Mittel zur Illustration der Angaben, der Anatomie dienen zu gleichem Zwecke die Abbildungen. *Henke* hat davon ausreichenden Gebrauch gemacht, und in seiner bekannten charakteristischen, aber etwas derben Manier die unerlässlichen Bilder entworfen. Neben der sichern Eleganz, mit der *v. Vierordt's* sauber entworfene Tabellen und Curven ihre klare Sprache reden, erscheinen die *Henke*'schen Bilder wie kantige Blöcke, die aus dem alten gediegenen Bau der sog. groben Anatomie herausgebrochen hier staunende Verwunderung bei dem Beschauer hervorrufen werden. — Was allen Theilen der vorliegenden Abtheilung gemeinsam, ist der volle und getreue Nachweis der Literatur. Jede Frage, sobald sie weiteres Interesse bietet, kann dadurch bis zu dem Urmaterial zurück verfolgt werden. Das ist doppelt wichtig, wenn es sich darum handelt, aus den Büchern umfassende Kenntnisse über den Stand einer wissenschaftlichen Frage zu gewinnen. *Kollmann.*

Handbuch der gerichtlichen Medicin.

Herausgegeben von Prof. Dr. *J. Maschka* in Prag. II. Band. Tübingen, bei H. Laupp. 1882. S. 794.

Der 2. Band des in Nr. 3 laufenden Jahrgangs des Corr.-Bl. angezeigten Sammelwerkes behandelt ausschliesslich die Vergiftungen, wodurch dasselbe statt, wie ursprünglich angezeigt wurde, in 3, jetzt in 4 Bänden erscheinen wird. Dr. *Schuchardt* in Gotha hat das Allgemeine, sowie die Vergiftungen durch organische und anorganische Säuren, Alcalien und Phosphor; Prof. *Seidel* in Jena die durch Metalle, Blausäure, Nitrobenzol, Gase und Alcohol; Prof. *Husemann* in Göttingen und *Schauenstein* in Graz die durch vegetabilische, animalische und mineralische Stoffe und Substanzen, sowie die durch Anæsthetica behandelt. Es macht dieser 2. Band einen viel gleichmässigeren und einheitlicheren Eindruck als der 1. und, man darf wohl sagen, dass seine Aus- und Durchführung im Einzelnen wie im Ganzen als eine musterhafte bezeichnet werden kann. Umfassende Literaturnachweise, sorgfältigste Behandlung der Gegenstände in culturgeschichtlicher, gesetzlicher und naturwissenschaftlicher Beziehung, reichhaltigste Casuistik sichern ihm ebenso sehr einen hohen literarischen Werth, als eine eminente practische Brauchbarkeit. Wenn ich meinen persönlichen Eindruck anführen darf, so würde ich dem von Obermed.-Rath *Schuchardt* bearbeiteten Theile den Vorzug geben, ohne aber dabei den vorzüglichen Arbeiten der Proff. *Seidel* und *Husemann* nahetreten zu wollen, während ich den von Prof. *Schauenstein* bearbeiteten Theil in einzelnen Beziehungen, besonders hinsichtlich der Casuistik, als weniger gelungen betrachten kann. Auch dieser Band ist vom Verleger gut ausgestattet und durch ein sorgfältiges Register am Ende sehr practisch eingerichtet und verwerthbar. *L. W.*

Pestilentia in nummis. Geschichte der grossen Volkskrankheiten in numismatischen Documenten.

Von Dr. *L. Pfeiffer* und *C. Ruland*. Ein Beitrag zur Geschichte der Medicin und der Cultur. Tübingen, Laupp, 1882.

Eine der geschichtlichen Hülfswissenschaften ist die Numismatik, und die Münzen sind sehr gute Behelfe für geschichtliche Forschung. Dies zeigt sich auch an dem vorliegenden Buch. Dasselbe enthält eine Zusammenstellung aller Münzen, Medaillen, Jetons u. s. w., insofern diese Zeugnisse sind für die Geschichte der grossen Volkskrankheiten und deren Abwehr oder für die Geschichte der wirklichen oder vermeintlichen Ursachen dieser Krankheiten und deren Abwehr. Zeitlich erstreckt sich die Zusammenstellung über all' die Jahrhunderte seit der antiken Welt bis in's 19. Jahrhundert, örtlich über ganz Europa.

Es ist aber zu bemerken, dass das Buch in erster Linie für die Numismatiker von Werth ist; insofern es dann ausserdem einer fachmännischen Belehrung der Numismatiker über die in Frage kommenden Epidemien u. s. w. bedarf, sind die zwischen die



Münzbeschreibungen eingeschalteten historischen und statistischen Angaben ganz an ihrem Platze.

Dagegen verspricht der Titel zu viel, wenn er das Buch als „Geschichte der grossen Volkskrankheiten in numismatischen Documenten" bezeichnet. Da ersichtlichermaassen wohl die volle Hälfte der vorgekommenen Epidemien nicht durch Medaillen u. dgl. verewigt worden ist, sondern aus andern Zeugnissen erkannt werden muss, so kann für ein wirkliches Studium der Geschichte der Epidemien dieses Buch nicht als Quelle, sondern nur als Sammlung vereinzelter Belege dienen. In dieser Beziehung entspricht es aber allen und jeden Forderungen; denn die Zusammenstellung ist erfolgt auf Grund genauer Durcharbeitung der Münzliteratur und sorgfältiger Benützung reicher Münzcabinette; die Beschreibung der Stücke ist deutlich und anschaulich. Nur die Anordnung dürfte etwas klarer und übersichtlicher geschehen sein.

Für Schweizer wird es von Interesse sein, die Angaben des Buches in Bezug auf die Schweiz zu durchgehen. Da zeigt sich nun gerade, wie unzulänglich dasselbe für eine vollständige Geschichte der Volkskrankheiten ist. Die Schweiz ist gar nicht vertreten, darum, weil, wie aus *Haller*'s Münzcabinet gut ersichtlich ist, keine Schweizermünzen auf solche Vorkommnisse existiren. Einzig die Denkmünze, welche bei Anlass der Theuerung 1770 und 1771 auf den Landvogt Samuel Engel zu Nyon gegraben wurde (*Haller* Nr. 180), wäre der Aufnahme in die *Pfeiffer-Ruland*'sche Uebersicht werth gewesen; ebenso nachzutragen ist, dass die unter Nr. 374 erwähnte Medaille auf Theodor Tronchin bei *Haller* Nr. 283 beschrieben ist. *R. W.*

Die hohe Säuglingssterblichkeit im Canton St. Gallen.

Populärer Beitrag zur Statistik und zur Kindergesundheitspflege.
Von Dr. *Gustav Custer*, pract. Arzt in Rheineck. St. Gallen, Verlag von A. J. Köppel, 1882. 109 S.

Die hohe Säuglingssterblichkeit in seinem Heimathcanton St. Gallen veranlasste den Verfasser der hier zu besprechenden Schrift eingehendere Forschungen darüber anzustellen: die Statistik der Säuglingssterblichkeit im Allgemeinen, diejenige im Canton St. Gallen im Speciellen, die Ursachen und die Mittel zur Verminderung derselben zu besprechen. Es ist gewiss heut zu Tage keine leichte Aufgabe, über dieses viel besprochene Thema in einer Weise zu reden, dass Laien sowohl wie Fachleute der Auseinandersetzung mit Interesse folgen. Der Verfasser hat diese Aufgabe glänzend gelöst. Ref. hat sich bei der Lecture innig gefreut über den Ernst, mit dem die Frage hier erfasst wird, über die Sachkenntniss, die der Verfasser hier an den Tag legt und nicht zum Mindesten über die anziehende, hie und da sogar an die originelle Redeweise *Sonderegger*'s erinnernde Sprache. Wir wünschen deshalb dem Büchlein nicht blos unter dem Laienpublicum einen recht ausgedehnten Leserkreis — des zu Beherzigenden ist für Behörden, für Familienväter, Mütter, Hebammen und Kindswärterinnen genug darin — aber auch Fachleuten sei dasselbe empfohlen. Das 3. Capitel, das von der Statistik der Säuglingssterblichkeit im Canton St. Gallen handelt und das 4. Capitel. das die Ursachen der Säuglingssterblichkeit im Allgemeinen und speciell im Canton St. Gallen bespricht, bringt auch für uns Aerzte viel Neues und Interessantes, und es wäre zu wünschen, dass alle Cantone für ihr Material so fleissige Bearbeiter fänden.

Die hohe Kindermortalität speciell des Cantons St. Gallen (nach Appenzell in den Jahren 1867—1871 die höchste in der Schweiz) bedarf in der That einer eingehenderen Untersuchung; eine solche hat der Verfasser in gründlicher Weise vorgenommen und alle die Schäden ohne Rückhalt aufgedeckt und mit Umsicht die Mittel gegen dieselben besprochen. Aus der grossen Zahl der hier besprochenen Mittel möchten wir hier mit Befriedigung eines besonders hervorheben, dass der Verfasser die Kuhmilch als souveränes Surrogat der Muttermilch hinstellt mit dem Satz: „Das ABC der künstlichen Kinderauffütterung ist und bleibt gute und unverfälschte Kuhmilch", und den Kindermehlen, heissen sie wie sie wollen, für die ersten Monate den Krieg erklärt. Um so mehr ist zu bedauern, dass auch im Canton St. Gallen unter den Bauern, wo eine Ernährung mit guter Kuhmilch doch ein leichtes zu sein scheint, die Milch den Kindern vom Munde vorweg genommen wird, um in die Käserei getragen zu werden. *Hagenbach.*

Hülfs- und Schreibkalender für Hebammen.

Im Auftrage des deutschen Aerztevereinsbundes herausgegeben von Medicinal-Rath Dr. *L. Pfeiffer*. V. Aufl. Weimar, Herm. Böhlau, 1882. 134 S. Gebunden 1 Mark.

Wer einer pflichtgetreuen Hebamme einen Dienst leisten will, kaufe ihr dieses kleine Büchlein. Handlich, bequem, aber sehr gediegen, ist es durchaus zu empfehlen. Die „Regeln für die Wochenstube (sehr gut § 29: Ursache und Verhütung des Kindbettfiebers), für die Kinderpflege (mit Anleitung zum Bestimmen der Gewichtszunahme etc.; künstliche Ernährung etc.)“ sind erschöpfend und doch gedrängt sowie leicht verständlich. Es folgen „Pflichten der Hebammen und gesetzliche Vorschriften über die Verschleppung von Krankheiten, Verhalten der Hebammen bei Gebärmutterblutungen, Kalendarium, Schwangerschaftskalender, Altersbestimmung der Frucht, geburtshülfliche Maasse und Gewichte, Schreibkalender, Tagebuch, Alles sehr practisch und, wie gesagt, sehr nützlich.

A. Baader.

Der Krebs der Gebärmutter.

Von Dr. *C. Ruge* und Dr. *J. Veit*. Mit 7 lithogr. Tafeln. Stuttgart, Enke, 1881.

Das Buch zerfällt in zwei ungefähr gleich grosse Theile, von denen der erste dem primären Krebs des Gebärmutterkörpers, der zweite dem primären Krebs des untern Uterusabschnittes gewidmet ist. Der erste beginnt mit der Besprechung der Literatur, dann folgen die Angaben über 43 Fälle von Corpuscarcinom, 21 davon sind Beobachtungen der Autoren, die übrigen in der Literatur gesammelt. Es werden unter beiden Categorien nur solche angeführt, bei welchen die Diagnose durch das Microscop unzweifelhaft festgestellt worden ist und bei welchen auch die primäre Erkrankung des Körpers zweifellos war. Die Verfasser haben alle schon früher publicirten Fälle einer eingehenden Critik unterworfen und waren gezwungen, einen grossen Theil unberücksichtigt zu lassen, weil die ungenaue Beschreibung die Richtigkeit der Diagnose nicht mit Sicherheit ergab.

Die Ergebnisse der Arbeit sind folgende. Das primäre Carcinom des corpus uteri geht immer von der Mucosa aus. Macroscopisch findet man eine polypöse, circumscripte Form, welche die häufigere ist und eine diffuse, bei der der drüsige Charakter länger erhalten bleibt. Ob chronische Erkrankungen disponiren und ob aus gutartigen Adenomen maligne Formen entstehen, bleibt in suspenso. Das Corpuscarcinom tritt später auf als das des Cervix, die Menses sollen oft spät aufgehört haben, der Einfluss von Geburten ist nicht gross. Uebler Ausfluss ist keineswegs charakteristisch, atypische Blutungen bei gesunder Portio leiten den Verdacht auf diese Erkrankung. Zur Diagnose wird ein Proberaclement empfohlen, da dasselbe ungefährlich ist. So lange das Carcinom nicht auf benachbarte Theile übergegangen ist, muss man suchen Radicalheilung zu erzielen, entweder durch Amputation des supravaginalen Theils oder durch Totalexstirpation des Organs. Letztere wird aber durch die Erkrankung des Körpers nicht bedingt; denn das Corpuscarcinom bleibt lange local oder setzt sich nur auf die Mucosa des Cervix fort. Die Gefahren der Totalexstirpation aber sowohl von der Vagina als von der Bauchhöhle aus sind grösser als die der partiellen Exstirpation. Im Anschluss an letztere Operation kann man die Schleimhaut des Cervix, wenn sie krank ist, trichterförmig ausschneiden.

Im zweiten, dem primären Krebs des untern Uterusabschnittes gewidmeten Theil wird das Carcinom der Vaginalportion und das des Cervix getrennt behandelt mit Ausnahme ihrer Diagnostik und Therapie, die am Schluss gemeinschaftlich besprochen werden. Es finden sich Angaben über 23 Fälle der ersten und über 14 der zweiten Art.

Das Carcinom der Portio überschreitet die Grenze des orific. extern. nicht, sondern setzt sich auf die Scheide fort. Eine scheinbare Ausnahme entsteht beim Ectropium, da man dann leicht ein Cervixcarcinom mit einem der Portio verwechselt. Der Ausgangspunct ist nicht das Plattenepithel, sondern „ein grosser Theil der Portio carcinome sind Drüsencarcinome, die von eingebetteten Drüsen (Erosionen) ihren Ausgang nehmen“, oder es bilden sich in Bindegewebslücken Haufen von Epidermiszellen, die jedoch in keinem Zusammenhang mit dem Oberflächenepithel sind. Die von *Waldeyer* aufgestellte Theorie, dass das Carcinom der Portio ein Hautkrebs sei, passt nur für die Minderzahl der Fälle, die Verf. haben diese Entstehungsart nur 2 Mal beobachtet.

Es folgt dann ein längerer Abschnitt, in dem die Autoren, die von *Spiegelberg* ihnen gemachten Einwendungen widerlegen und die von letzterem angenommene *Cohnheim*'sche Theorie der embryonalen Keime als für die Portio nicht passend zurückweisen.

Beim Cervixcarcinom werden 2 Arten unterschieden, erstens eine Knotenform, welche die Schleimhaut intact lassend im Bindegewebe entsteht, gegen das Corpus, die Parametrien, hauptsächlich aber gegen die Portio weiter wächst und bis unter das Epithel der letzten wuchern kann und eine zweite aus den Cervicaldrüsen entstehende analog dem Adenoma malignum des Corpus. Das Cervixcarcinom bildet relativ häufig Metastasen auf der Corpusschleimhaut.

Zur frühzeitigen Sicherung der Diagnose wird die microscopische Untersuchung kleiner excidirter Stücke empfohlen. Durch einfache Beobachtung des Verhaltens der verdächtigen Stellen kann die für die Radicalheilung günstige Zeit unbenützt verstreichen, dieses Zuwarten ist also gefährlich. Die therapeutischen Vorschläge entsprechen den anatomischen Auseinandersetzungen. Für das Portiocarcinom wird supravaginale oder trichterförmige Amputation genügen, für Cervixcarcinom ist Totalexstirpation angezeigt. Natürlich muss man, um radical zu heilen, sicher sein, dass die Neubildung die Grenzen des Uterus noch nicht überschritten hatte. Ist im Gesunden operirt worden, so dass man auf dauernde Heilung hoffen kann, so ist eine Umstimmung des Organismus durch innere Mittel vielleicht nicht unwichtig und ebenso die Abhaltung von reizenden Einflüssen auf die Operationsstelle.

Die dem Werk beigefügten Tafeln enthalten theils macroscopische Skizzen, theils microscopische Bilder in verschiedener Vergrösserung. *Gönner.*

Cantonale Correspondenzen.

Bern. Weissenburg und seine „Aehnlichen". (Eine Berichtigung.)

Meines Wissens ist es *Lebert* gewesen, der zuerst auf die Aehnlichkeit der Surleiquelle mit der Weissenburger Therme aufmerksam gemacht und ihr aus diesem Grunde einen Empfehlungsbrief ausgestellt hat. Bald darauf hängte sich Bad Faulensee die „Aehnlichkeit mit Weissenburg" als Reclamenschild um, und damit der Dritte im Bunde nicht fehle, wurde jüngst in Nr. 18 des Corr.-Bl. auch auf die „grosse Aehnlichkeit" der Quelle des alt-ehrwürdigen Bades Andeer-Pignieu mit der von Weissenburg auf's Nachdrücklichste und mit nicht zu misskennender Absichtlichkeit hingedeutet.

So erwünscht und erfreulich für Weissenburg Hinweisungen auf seine Bedeutung auch sein mögen, so kann ich doch nicht umhin, die ihm seitens seiner „Aehnlichen" mit so viel Ostentation dargebrachten Huldigungen abzulehnen, und zwar glaube ich das sowohl den Lesern dieses Fachblattes und deren betreffenden Patienten, als auch dem Rufe zu schulden, dessen Weissenburg bis dahin sich zu erfreuen gehabt hat. Es kann dieses kaum auf erspriesslichere Weise geschehen, als indem ich in Folgendem die so sehr betonte Aehnlichkeit in's vollste Licht zu setzen suche.

Eine Zusammenstellung der hauptsächlichsten Bestandtheile der in Betracht kommenden „Erdigen Mineralquellen" ergibt nachstehendes Schema:

	Erdige Bestandtheile.		Salinische Bestandtheile.		
Es enthält in 10 Liter Wasser	Calcium-carbonat	Calcium-sulfat	Kali-sulfat	Natron-sulfat	Magnesia-sulfat
Lippspringe (nach *Stöckhardt*)	3,84	7,55	—	7,80	—
Weissenburg (nach Dr. *Stierlin*)	0,39	9,52	0,219	0,299	2,935
				3,453	
Faulensee (nach *Müller* und *Simmler*)	0,66	14,51	0,09		—
Leuk (nach *Morin*)	0,65	15,20	0,386	0,502	3,048
				3,936	
Andeer-Pignieu (nach *Abeljanz*)	1,89	17,54	0,14	0,13	3,20
				3,47	

Obwohl es wissenschaftlich nun allerdings absolut unbekannt ist, wie und auf welche Weise Calciumsulfat im gesunden und kranken Organismus wirkt, und daher auch ein gewisse Gelehrte sehr geringschätzig von den erdigen Wässern sprechen,[1]) so werde ich doch kaum auf ernstlichen Widerspruch stossen, wenn ich die in Brustkrankheiten erfahrungsgemäss heilkräftige Wirkung der Weissenburger Therme auf deren mässigen Gypsgehalt in Verbindung mit einem entsprechenden Quantum abführender Salze — diese wohl als verdauungsbeförderndes Corrigens — zurückführe. Von diesem Standpuncte aus betrachtet, springt die grosse Aehnlichkeit zwischen Lippspringe und Weissenburg sofort in die Augen, und es ist gewiss nicht reiner Zufall, dass gerade diese beiden Quellen im Heilapparate gegen Brustkrankheiten zu so hohem Rufe gelangt sind.

Faulensee und Andeer-Pignieu gruppiren ebenso augenfällig mit Leuk, sowohl was den hohen Gypsgehalt, als den im Verhältniss zu demselben geringern Gehalt an begleitenden salinischen Bestandtheilen — Natron- und Magnesiasulfat — anbelangt. Faulensee zumal weist bei 14,51‰ Calciumsulfat nur 0,09 Kali- und Natronsulfat auf, d. h. nur 0,62% seines Gypsgehaltes, während Weissenburg an salinischen Bestandtheilen 36,27% seines Gehalts an Calciumsulfat führt. Wenn nun aber Andeer und Faulensee in der Hauptsache mit Leuk und nicht mit Weissenburg gruppiren und also in Leuk ihre eigentliche Type finden, so liegt, gegenüber den Bemühungen dieselben Brustkranken anzuempfehlen, die Frage nahe, weshalb denn wohl das seit Jahrhunderten bekannte und sehr besuchte Leuk in Brustkrankheiten zu gar keinem Rufe gelangt ist, obwohl es an bezüglichen Versuchen nicht gefehlt zu haben scheint. Der einfache Hinweis auf diese Thatsache mag vorläufig genügen.

Dann ist es, wie *Rohden* gewiss ganz richtig bemerkt, nicht ein Einzelnes, das den Curort macht, sondern die Gesammtheit der für den Kranken wichtigen Dinge. Von diesem allgemeinen Standpuncte aus betrachtet, erlaube ich mir schliesslich noch die andere Frage, in wie ferne die „Aehnlichen" — auch Lippspringe nicht ausgenommen — in Beziehung auf klimatische Verhältnisse, wie Windschutz, Bewaldung und Bewässerung, sowie in Beziehung auf stille Abgeschlossenheit und eine dadurch erleichterte Anstaltsdisciplin mit Weissenburg sich vergleichen dürfen. Wer die betreffenden Curorte auch nur halbwegs kennt, wird sich diese Frage selbst beantworten können.

September 1882. Dr. *H. Schnyder.*

Zürich. Dr. *Adolf Schoch* in Ohringen †. Schon wieder hat der Tod eine Lücke in den kleinen Kreis unserer ärztlichen Bezirksgesellschaft gerissen. — Am 19. August starb, nach langer schwerer Krankheit, erst 51 Jahre alt, Dr. *Adolf Schoch.* Anfangs des Jahres hatte er noch seinen Jugendfreund, Dr. *Joh. Gubler* in Turbenthal, zur letzten Ruhestätte begleitet. Wenige Tage nachher erkrankte er selbst an einem Icterus, der ziemlich bald den Verdacht auf ein organisches Leberleiden erweckte. Lange Curen in Eglisau und Gurnigel brachten dem Kranken Erleichterung, zeitweise auch Hoffnung auf Genesung, diese selber aber nicht: am 19. August erlöste ihn der Tod, dem er mit muthiger Ruhe entgegensah, von seinen langen Leiden.

Dr. *Adolf Schoch* war der Sohn des Dr. med. *Schoch* in Pfäffikon. Im Jahre 1839 siedelte der Vater in Folge der damaligen religiös-politischen Wirren nach Ohringen bei Seuzach über. Hier besuchte der Sohn die Primar- und Secundarschulen des Wohnorts, nachher die Gymnasien in Winterthur und Zürich und ausschliesslich in Zürich machte er seine medicinischen Studien, zu denen ihn Neigung und Befähigung hinzog. — Im Jahre 1856, nach abgelegtem Staatsexamen, trat er in die durch den Tod seines Vaters schon ein Jahr zuvor erledigte ärztliche Praxis ein. Je länger je mehr erwarb er sich hier das allgemeine Zutrauen zu seiner ärztlichen Tüchtigkeit und Gewissenhaftigkeit und hatte dadurch die Befriedigung, seinen Wirkungskreis sich jährlich mehr und weit über seinen Wohnort ausbreiten zu sehen, eine Befriedigung, die freilich der Mühen und Beschwerden in reichem Maasse im Gefolge hatte und oft starke Anforderungen an seine sonst kräftige Gesundheit stellte.

---

[1]) Ueber Weissenburg z. B. sagt *Braun* in seiner Balneotherapie und wiederholt es dessen Wiederherausgeber *Fromm:* „Die hohe Lage und das milde und sehr feuchte Klima mögen wohl die Agentien sein, das laue Wasser als mildes Anregungsmittel für den Stoffwechsel hinzukommen, und — das gypshaltige Wasser von manchen Kranken ertragen werden." Was würden diese Autoren wohl erst von den viel reichhaltigern Gypswässern von F. und A. sagen?



Dr. *Schoch* lebte ganz seiner Praxis. Er war ein klarer Kopf, fortschreitend mit der Wissenschaft, tüchtiger Diagnostiker, entschlossen in seinem Handeln; dabei unermüdlich thätig in seinem Beruf. — In seinen politischen Ansichten ganz der demokratischen Richtung zugethan, hielt er sich von activer Bethätigung und politischen Aemtern fern und nur dem Schulwesen seiner Gemeinde widmete er ausser der Praxis noch seine Kräfte. — Daheim blühte ihm ein schönes und glückliches Familienleben und schon hoffte er, bald seinen ältesten Sohn in das Studium der Medicin einführen und zu seinem Nachfolger erziehen zu können. — Das Alles ist nun durch den Tod zerrissen. — An seinem Grabe trauern seine Wittwe und 3 Kinder und sein hochbetagter Schwiegervater, Herr Dr. *Ehrensperger* in Oberwinterthur, einer unserer ärztlichen Veteranen, dem die ärztliche Gesellschaft des Cantons Zürich vor 2 Jahren das Diplom 50jährigen ärztlichen Wirkens überreichte.

Um den Verstorbenen trauern seine Freunde, die ihn um seines geraden und offenen Charakters willen lieb hatten, und ausser ihnen die grosse Zahl von Familien, denen er zu jeder Zeit und gar oft mit Hintansetzung seiner eigenen Gesundheit ein pflichttreuer, einsichtiger Berather und Arzt gewesen war. Er wird in seinem Wirkungskreis, der jetzt leer steht, noch lange schmerzlich vermisst werden. — Ruhe in Frieden, lieber Freund!

Winterthur. *Hgr.*

Wochenbericht.

Schweiz.

— **Commission zur Prüfung der Frage der Bekämpfung des Alcoholismus in der Schweiz.** Die folgenden Gesellschaften und Vereine haben dem Departement des Innern ihre Mitwirkung zur Bekämpfung des Alcoholismus zugesagt und hiezu nebenstehende Delegirte bezeichnet: Schweizerischer Gewerbeverein: *Steinmann-Bucher* in St. Gallen; *Albert Huber*, Apotheker in Basel. Gesellschaft zur Beförderung des Guten und Gemeinnützigen in Basel: *A. Bischoff-Sarasin*, zweiter Präsident des Strafgerichts in Basel; Dr. *Ad. Hägler-Gutzwiler* in Basel; *Traugott Siegfried-Zimmermann* in Basel. Schweizerischer Verein für Straf- und Gefängnisswesen: Dr. *Guillaume* in Neuenburg; Director *Hürbin* in Lenzburg. Schweizerische gemeinnützige Gesellschaft: Alt-Bürgermeister *C. F. Burckhardt* in Basel; Dr. *Siegfried* in Basel. Commission de la Société suisse d'utilité publique contre l'ivrognerie: *F. Lombard* in Genf. Verein schweizerischer Armenerzieher: Westsection: *J. Schneider*, Vorsteher der Bächtelen in Bern; Ostsection: *Lutz*, Verwalter der Zwangsarbeitsanstalt in Uitikon am Albis; Pfarrer *Walder*, Inspector der appenzellischen Fabrikanstalten, im Selnau in Zürich. Société suisse de tempérance: *L. L. Rochat*, Pfarrer, Centralpräsident, in Genf; *Oct. Müller*, Dr. med., in Ballaigue (Waadt); *Gustav Michaud*, Chemiker, rue Dassier 9, in Genf. Schweizerischer Piusverein: Dr. *Ming*, Oberrichter, in Sarnen; Dekan *Ruggle*, Pfarrer in Gossau (St. Gallen); Pfarrer *von Ah* in Kerns (Obwalden); *Comte*, Curé in Châtel St. Denis (Freiburg); *Thorin*, Alt-Staatsrath, in Villard-sous-Mont bei Bulle (Freiburg). Schweizerischer Grütliverein: Grossrath *Huber* in Basel; Redactor *Vogelsanger* in Chur. Schweizerische statistische Gesellschaft: Regierungsrath Dr. *Stössel* in Zürich. Schweizerische Aerztecommission: Dr. *Weller*, Director, St. Pirminsberg (St. Gallen); Dr. *Roulet*, Staatsrath in Neuenburg; Dr. *Girard*, Secretär der Sanitätscommission in Bern; Dr. *Schuler*, eidgenössischer Fabrikinspector, in Mollis; Prof. Dr. *Prévost* in Genf; Prof. Dr. *Dunant* in Genf; Dr. *Sigg*, Bezirksarzt in Andelfingen; Dr. *Lotz* in Basel; Dr. *Elias Haffter* in Frauenfeld. Schweizerische Predigergesellschaft: Ständerath *M. Birmann* in Liestal; *Alfred Porret*, Pfarrer in Lausanne. Schweizerischer Juristenverein: Prof. Dr. *Treichler* in Zürich. Schweizerischer landwirthschaftlicher Verein: Director *Hänni* auf der Rütti bei Bern; *J. Sigrist* in Meggen (Luzern), Ersatzmann; Director *Frick* auf dem Strickhof bei Zürich, Ersatzmann. Schweizerischer Lehrerverein: Seminardirector *Gunzinger* in Solothurn.

Zu diesen Vertretern der Gesellschaften kommen hinzu als Delegirte des schweiz. Departements des Innern: Dr. *Kummer*, Director des eidg. statistischen Bureaus, und Dr. *Sonderegger* in St. Gallen; des schweiz. Justiz- und Polizeidepartements: *Leo Weber*, Ad-

junct des Departements; des schweiz. Finanz- und Zolldepartements: Oberzolldirector *Meyer;* des schweiz. Handels- und Landwirthschaftsdepartements: Dr. *Willi*, Chef des Handelsbureaus.

— Aus den **„europäischen Wanderbildern"** (Zürich, Orell Füssli & Cie.) heben wir noch zwei hervor, die für uns Aerzte specielles Interesse haben.

Das Oberengadin von Dr. *J. Pernisch*, Curarzt in Tarasp-Schuls; 40 S., 21 Illustr., 1 Karte; 50 Cts. Sehr hübsch und anziehend schildert uns *P.* das Oberengadin nach seiner Höhenlage und seiner Topographie überhaupt, sowie als sanitarischen Factor, sodann die einzelnen Ortschaften: Sils, Silvaplana, Campfer, St. Moritz, Celerina, Samaden, Pontresina, Bevers, Ponte, Madulein, Zuz, Scanfs und endlich die Zufahrten und Bergpässe. Die Schilderung ist fliessend und sehr anschaulich; an charakteristischen medicinischen Winken allgemeiner Art über die Verschiedenheiten der einzelnen Stationen fehlt es nicht; aber das Büchlein ist doch nur für Touristen. Warum fehlen alle Localangaben über das medicinische Leben? Warum ist nicht gesagt: „hier grosser Comfort, da für bescheidenere Ansprüche; im Curhaus St. Moritz Preise ungefähr so und so; billiger da und da; in dem Gasthof fast ausschliesslich Engländer, dort hingegen bequeme und einfache Privatwohnungen etc. etc." Scheut man aus persönlichen Rücksichten zu genaue Daten, so lässt sich die Aufgabe in für Arzt und Curand ganz befriedigender Weise durch mehr allgemein gehaltene Angaben lösen.

Die Illustrationen, gezeichnet von J. Weber, sind sehr hübsch.

Wir wünschen, dass recht bald das Unterengadin nachfolge, und dass dann namentlich auch Tarasp eingehend besprochen werde. Tarasp ist lange nicht so frequentirt, wie es seine Quellen verdienen. Carlsbad, Marienbad sind es, auch abgesehen von den Reiseschwierigkeiten, der kurzen Saison etc. relativ weitaus mehr. Wir haben wiederholt gehört, dass für Fettsüchtige in Tarasp die viel zu opulente, irrationelle Küche schuld sei. Wäre da nicht zu helfen?

Weitaus mehr trifft unser Vorwurf, nur für Touristen geschrieben zu sein, das Wanderbild Ragaz-Pfäfers (32 S., 9 Illustr., 1 Karte, 50 Cts.). Wir finden da eine hübsche Abbildung von — Sewis, aber von Ragaz nur eine landschaftliche Ansicht, von Pfäfers nichts. Die „Indicationen" füllen 3 Zeilen. Eine eingehendere Schilderung der prächtigen neuen Curanstalten fehlt ganz, die guten Gasthöfe im Dorf sind gar nicht erwähnt. Das ist sehr schade. Sehr hübsch geschildert ist dagegen die Umgebung bis in weiteste Fernen. Die Abbildungen sind nach Zeichnung (J. Weber) und Schnitt vorzüglich.

— Den **Militärsanitätsvereinen**, wie sie sich in letzter Zeit überall bei uns bilden und gut entwickeln, empfehlen wir als passendes Schriftchen: Prof. Dr. *F. Esmarch*, die erste Hülfe bei plötzlichen Unglücksfällen. Ein Leitfaden für Samariterschulen. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1882. 81 S.

Eingeleitet durch die „Satzungen des Samaritervereins" gibt *E.* zuerst eine wirklich populäre Uebersicht des Baues und der Physiologie des menschlichen Körpers, sehr anschaulich geschrieben (1—15). Es folgen dann die Verletzungen (wie heilen Wunden? Behandlung des Arztes; wie soll sich der Laie bei Verwundungen verhalten? Blutungen, Knochenbrüche, Verstauchungen etc., die Verbrennungen (Brandsalbe mit 1% Thymol), Erfrierung, Ertrinken (künstliche Athmung), Ohnmacht, Vergiftung (Magenpumpe). Am interessantesten ist der Schlussvortrag über den Transport, der so recht die eminent practische Begabung und die überaus reichhaltige Erfahrung des Verfassers klarlegt.

Das von der Verlagsbuchhandlung sehr handlich ausgestattete Büchlein verdient die weiteste Verbreitung.

Appenzell. Homöopathische Klinik. In Herisau eröffnet ein homöopathischer Arzt *Fastenrath* mit angestellten Concordatsärzten (wohl den im Mai durch das, s. Z. von uns erwähnte und an alle Aerzte gesandte, mysteriöse Circular geangelten Collegen) eine homöopathische Klinik. Dem Circular entnehmen wir folgende Daten: Die Praxis erstreckt sich auf das ganze Gebiet der innern Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe, die Behandlung ist homöopathisch. Die Operationen der Homöopathie sind milder wie die der gewöhnlichen Medicin (sic.). In St. Gallen und Zürich sind je an 2 Tagen der Woche die Concordatsärzte der Klinik (Zahl nicht angegeben) zu Consultationen und Hausbesuchen anzutreffen; ausserdem führt die Klinik auf briefliche oder telegraphische Anfrage und

Vorausbezahlung Extrabesuche in der ganzen Ostschweiz (glückliche Ostschweiz!) nach Möglichkeit aus. Beruhigend wirkt wohl auf viele Patienten die Mittheilung, dass geheime Krankheiten, Folge von Ansteckung und Jugendsünden sich ganz besonders für briefliche homöopathische Behandlung eignen — und dass die Apotheke 2000 Flaschen zählt etc. etc. Sapienti sat! —

Wir empfehlen unsern Collegen der Ostschweiz diesen Benjamin unter den Wohlthätigkeitsanstalten, der an Sonn- und Feiertagen wie in der Woche den ganzen Tag, mit seltener Liberalität auch für auswärtige Patienten, seine Arme öffnet, etwas im Auge zu behalten, wir haben dann vielleicht noch einmal Gelegenheit, uns mit ihm zu beschäftigen. —

Glarus. Die **cantonale Krankenanstalt** hat über ihr erstes Jahr (1881), d. h. über die 5 Monate, während welchen sie eröffnet war, einen ersten Bericht herausgegeben, wohl hauptsächlich, um bei dem Publicum allerlei Vorurtheile zu zerstreuen. Der Bericht des Anstaltsarztes, Dr. *F. Fritzsche*, über die Thätigkeit im Spitale selbst und die grosse policlinische Frequenz lautet denn auch vollkommen günstig. Wir wünschen der Anstalt bestes Gedeihen.

Ausland.

Deutschland. Soolbäder. Dr. *Wötzel* fasst in einer lesenswerthen Abhandlung über die Soolbäder (Berl. klin. Woch. vom 31. Juli 1882) so zusammen: „1) Die Zahlenangaben der verschiedenen Analysen der Soolquellen sind zum Theil unzuverlässig, namentlich in den Decimalstellen, und nur mit Vorsicht zu benutzen. 2) Nicht der Jod- oder Brom- oder Eisengehalt einer Soolquelle, oder Mutterlauge, der vielmehr völlig unwirksam ist, macht ihre Stärke aus, sondern 3) ganz allein ihr Gehalt an Chloriden. 4) Ausser dem in allen Soolen weit überwiegenden Chlornatrium kommt für einige Mutterlaugen noch das Chlorkalcium in Betracht, da es eine stärkere hautreizende Wirkung hat. 5) Alle andern Salze unterstützen nur die Wirkung der Chloride, können also beim Procentgehalte einer Soole mitgerechnet werden. 6) Dieser Procentgehalt ist maassgebend für die Stärke eines Soolbades. 7) Ein Soolbad unter 2% verdient kaum den Namen eines solchen, und muss durch Zusätze von Salz oder (besser) möglichst chlorkalciumreicher Mutterlauge wesentlich verstärkt werden. 8) Ein Soolbad von 2—4% ist ein schwaches, 9) ein solches von 4—6% ein mittelstarkes, 10) erst ein 6—10% ein stark zu nennendes. 11) Ein etwaiger reichlicher Kohlensäuregehalt verstärkt die Wirkung eines Soolbades nicht unwesentlich. 12) Fast überall, wo man stärkere Soole zur Verfügung hat, trägt man kein Bedenken, 4—6, ja 6—8procentige Bäder für gewöhnlich anzuwenden, in Ausnahmefällen bis 10%. 13) Schwächere als 3—4procentige Soolbäder verstärkt man fast ausnahmslos überall, falls sie nicht durch grossen Kohlensäurereichthum ausgezeichnet, durch Zusätze, namentlich von Mutterlauge, bis zu den höheren Procentsätzen, selbst mit bedeutenden Mehrkosten, da sie sonst allgemein und mit Recht als zu schwach gelten. 14) Nachtheilige Folgen werden fast nur durch zu warme und zu lange, nicht durch zu starke Bäder (innerhalb der erwähnten Grenze) bewirkt, und können durch geeignete Vorbeugungsmaassregeln (zweckmässige Bademethode) mit Sicherheit verhütet werden, sobald man das Allgemeinbefinden gebührend berücksichtigt. 15) Die Schwangerschaft wird durch eine vorsichtig geleitete Soolbadçur nicht gestört. 16) Es empfiehlt sich, mit schwachen (1—2%) Bädern anzufangen und allmälig, aber nicht zu langsam, die Stärke der Bäder zu steigern, da die Hautempfindlichkeit gegen den Salzgehalt schnell sich abstumpft. 17) Wünschenswerth ist es daher, eine möglichst kräftige Soole zur Verfügung zu haben, da die Wasserzusätze nirgends etwas kosten, die Zusätze von Mutterlauge u. dgl. aber überall sehr kostspielig sind. 18) Idiosyncrasien gegen Soolbäder sind selten und fallen mit solchen gegen warme Bäder überhaupt zusammen; sie machen kalte Bäder erforderlich. Hoffentlich ist es mir gelungen, die Richtigkeit der eben zusammengefassten Sätze zu erweisen. Es wird dann mein Zweck erreicht sein, die noch vielfach bestehenden Irrthümer über die „Stärke" der Soolbäder nach meinen bescheidenen Kräften zu bekämpfen, und daraus wird zugleich auch 19) folgen, dass künstliche Soolbäder, die viel zu kostspielig sein würden, wollte man sie in genügender Stärke anwenden, niemals die natürlichen Soolbäder ersetzen können, abgesehen von allem Anderen, schon aus diesem einen Grunde." . . .

Die letztere Bemerkung fällt für unsere Verhältnisse weg, da die aargauischen und

basellandschaftlichen Salinen ihre so überaus kräftige Soole in bequemster und billigster Weise (Fässchen von 180—200 Liter zu 3 Fr. per 100 Liter, ohne Fässchen; dieses wird zu Fr. 3 berechnet und zu Fr. 2 zurückgenommen) dem Publicum zur Disposition stellen. Selbstverständlich unterschätzen wir die übrigen Factoren nicht, die bei einer Cur im Soolbadcurorte selbst mithelfen.

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 11. bis 25. August 1882.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Varicellen 4 Fälle. — Scharlach 16 neue Erkrankungen (28, 15, 23). — Typhus 11 Erkrankungen (8, 7, 15). — Diphtherie und Croup 9 Fälle (15, 4, 5). — Erysipelas 6 Fälle. — Pertussis 12 Fälle, meist auf dem Nordwestplateau.

Vom 26. August bis 10. September 1882.

Vereinzelte Fälle von Varicellen und Erysipelas.
Scharlach 14 Erkrankungen (15, 23, 16).
Typhus 10 Erkrankungen zerstreut über die Stadt (7, 15, 11).
Diphtherie 10 Fälle (4, 5, 9), wovon die Hälfte in Kleinbasel.
Pertussis 4 Anzeigen vom Nordwestplateau.

Vom 11. bis 25. September 1882.

Masern 1 Fall von unbekanntem Ursprung in Kleinbasel.
Vereinzelte Fälle von Varicellen und Erysipelas.
Typhus nur 1 Erkrankung (15, 11, 10).
Scharlach 16 Fälle, wovon 10 in Kleinbasel (23, 16, 14).
Diphtherie 14 Fälle, wovon 8 in Kleinbasel (5, 9, 10).
Pertussis 6 Anzeigen (12, 4).

Bibliographisches.

93) *Becker, Bernh.*, Das erste Hundert Croup-Operationen des Zürcher Kinderspitals (Eleonoren-Stiftung). Aus den Jahren 1874—1880. Inauguraldissertation, Zürich. 8°. 52 S.
94) *Reliquet*, Dr., La Lithotritie doit être faite sans traumatisme. Sep.-Abdr. 8°. 15 S. Paris, Delahaie & Lecrosnier.
95) *Hack*, Dr. *Wilh.*, Reflexneurosen und Nasenleiden. Rhinochirurgische Beiträge. 8°. 17 S. Sep.-Abdr. Berlin.
96) *Boillat*, *Frz.*, Beiträge zur Lehre von der Antisepsis. Inaugural-Dissertation. 8°. 12 S. Leipzig.
97) *Nuhn*, Dr. *A.*, Lehrbuch der practischen Anatomie als Anleitung zu dem Präpariren im Secirsaale. Mit 60 Holzschnitten. 8°. 408 S. Stuttgart, Ferd. Enke.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. $1^1/_2$—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N° 20. **XII. Jahrg. 1882.** **15. October.**

Original-Arbeiten.

Ein Fall von Worttaubheit.

Mitgetheilt von Dr. **G. Burckhardt**, Director der Heilanstalt Préfargier.

Der nachstehend mitgetheilte Fall entbehrt zwar noch des autoptischen Schlusses, und somit eines wesentlichen Theiles seiner Bedeutung. Er bietet aber in seinem Verlaufe schon so grosses Interesse, dass seine Publication gerechtfertigt erscheint.

Herr N. N., ca. 53 Jahre alt, früher körperlich und geistig völlig gesund, als Lehrer und Journalist stark und erfolgreich beschäftigt, wurde Anfangs 1877, ohne andere Vorboten als eine seit Monaten bemerkte Abmagerung und Blässe, von Aphasie, Alexie und Agraphie zugleich ergriffen.

Eigentliche Motilitätsstörungen des Rumpfes und der Extremitäten fehlten; dagegen war eine gewisse Unsicherheit in der Auswahl der Bewegungen zu bemerken. Sollte Pat. z. B. die Hand in die Höhe halten, so stand er vom Sessel auf, sollte er einen Gegenstand mit den Augen fixiren, so griff er darnach, alles, ohne den Fehler zu bemerken. Ebenso liess er öfters eine richtig intendirte Bewegung zu lange andauern.

Nur der linke Mundfacialis war und blieb mimisch und spontan mässig paretisch, ohne übrigens, so wenig als die Muskeln der Extremitäten electrisch alterirt zu sein.

Die Bulbi bewegten sich etwas langsam. Pat. klagte überhaupt bei raschen Bewegungen auch des Körpers über Schwindel, und ging deshalb etwas langsam und breitspurig. — Keine Diplopie.

Die organischen Bewegungen des Athmens, Urinirens u. s. w. gingen normal. — Die Pupillen waren eng, die rechte öfters starr, unbeweglich.

Tast-, Temperatur- und Schmerzempfindung erschienen, wenn auch nicht fein, doch gut, die Localisation im Gesicht etwas unsicher. Die cutanen Reflexe waren schwach. Die Sinnesorgane functionirten normal. Müdigkeit, Spannung im Kopfe bestanden fast dauernd. Die Gemüthslage wechselte zwischen stark melancholischen Verstimmungen und optimistischer Schönseherei. Das Gedächtniss hatte entschieden gelitten. Der Schlaf war schlecht und unerquicklich.

Die vegetativen Functionen gingen befriedigend von Statten, nur war atheromatöse Rigidität der Aortenklappen ausser Zweifel. Die Carotiden pulsirten schwach, die Ar-

terien des grossen Kreislaufes überhaupt erwiesen sich als ungenügend gefüllt, zum Theil auch (Temporales, Radiales) rigid.

Die Störungen im Sprachgebiet erlaube ich mir nun genauer zu beschreiben.

I. Schriftsprache. Abschreiben geht richtig, aber langsam und mit veränderter Handschrift.

Dictirtes schreibt Pat. wieder mit gewöhnlicher Handschrift, aber unterbrochen und sprachlich schlechter. Einzelne Wörter fallen aus, andere fliessen in eines zusammen („eineu" statt „eines neuen") oder bringen falsche Bestandtheile (z. B. „schehen" statt „stehen"). Am schlechtesten schreibt und rechnet Patient aus dem Gedächtnisse. Statt des allbekannten: „Rufst du mein Vaterland" schreibt er „Wunnewein du Volk" und bleibt dann stecken. Statt des 1 $\times$ 1 schreibt er die Zahlenreihe von 1—19. Multiplication und Subtraction werden durcheinander geworfen, dagegen eine kleine Addition richtig ausgeführt.

II. Lautsprache. Patient spricht etwas langsam, zögernd, unterbricht sich häufig, indem er über seine Ungeschicklichkeit lacht oder zürnt. Er articulirt die einzelnen Laute richtig, Defecte treten erst in ihrer Zusammensetzung zu Silben, Wörtern und Sätzen hervor.

Am besten singt Patient nach, was ihm vorgesungen wird. So sang er das „Rufst du" etc. Zeile für Zeile richtig nach, nur „geweiht" wurde zu „verschweiht". Als ich ihm aber (unabsichtlich) die 5. Zeile vor der 4. vorsang, brachte er kein Wort heraus, ohne jedoch den Irrthum zu erkennen. Es ging wieder gut, als ich den Fehler verbesserte.

Weniger gut spricht Patient Vorgesagtes nach. In dem unten citirten Satz sagt er „zweite" statt dritte „sinnelenen Wahrsehung entgegenbränzten", ferner „durch" und „Zustäune", das Uebrige richtig.

Antworten aus dem Gedächtniss erfolgten sehr wechselnd, bald besser, bald schlechter, hauptsächlich aber langsam, so dass es leicht war, folgendes Gespräch aufzuschreiben. Wie alt sind Sie? „Fünf — vierzig." Wann geboren? „Zwanzig und sechs." Was war Ihr Vater? „Mein Vater war Schreiber — oder — a — a — Schneider." Wie viele Geschwister haben Sie? „Vier, nämlich vier Knaben und zwei Mädchen — meine — ja so — sechs, fünf sind gewesen, vier sind gestorben." Welcher sind Sie? „Ich bin der älteste. Ein Bruder ist Schreiner, einer ist — a — a — Basler (Nationalität des Ref.) — ach nein — Gafner (Name des Oberwärters)." Hafner? „Ja präcis." Wie heisst Ihre Frau? (Reibt sich die Stirne) „Traurig das zu sagen .... Gr — Gr — Grieschen." — Lieschen? „Nein." Rosine? „Nein" (schaut im Kalender), „Man sagt gewöhnlich die Mutter." (Nach längerem Besinnen) „Grit — ti." — Wann essen Sie zu Nacht? „Etwas nach elf." — Nach sechs? „Nach sieben — sechs, ja; Margerit heisst meine Frau."

Viel schlimmer noch geht lautes Vorlesen. Patient soll den Satz lesen: Dieses ist das Dritte, was unserem Bewusstsein die sinnliche Wahrnehmung entgegenbringt. Wir bekommen durch sie nämlich Aufschluss über gewisse innere Zustände der Körper. Er liest: „Dieses ist das zweite, ervon hausern bestotzten die sinnliche — me — sam — mer — ne — munk ent — be — grent — betränkte. Er des mammen durch eis ganzuls Aspensom auber gegillen inserne Zustänge der Körper."

Am schlechtesten aber geht freies Recitiren. Die Art der Sprache gleicht der des Vorlesens. Aber Patient ermüdet viel leichter, und bleibt, die Stirne reibend, mitten im Satze stecken.

Patient erholte sich unter allgemein roborirender und unter electrischer Behandlung (Galvanisation des Sympathicus) im Verlaufe einiger Monate recht ordentlich. Er konnte wieder ziemlich geläufig schreiben und lesen, literarisch thätig, aber nicht mehr Lehrer sein. Die Sprache blieb etwas langsam, gedehnt, hie und da kam ein unrichtiges oder verstümmeltes Wort, oder fiel eines aus. Im Allgemeinen verkehrte er aber mit ziemlicher Leichtigkeit. Die vegetativen Functionen gingen befriedigend, auch der Schlaf. Am meisten fühlte sich Patient durch den stets zunehmenden Schwindel belästigt, gegen welchen die Therapie machtlos war.

Im Frühling 1881 wurde Patient, ohne besondere Gründe, sichtlich schwächer. Er sass viel und stöhnte unbewusst. Seine literarischen Producte verloren an Klarheit, er

wurde reizbarer. Eines Morgens im Juni hatte sich Patient zur gewöhnlichen Zeit erhoben, um seine Frau und Kinder zu begrüssen. Er sank aber in der Mitte des Zimmers zusammen, einer allgemeinen Schwäche, nicht einer besonderen Lähmung wegen. Der Hausarzt constatirte nur eine Verstärkung der linksseitigen Facialisparese. Patient sprach allerlei durch einander, beschwerte sich, dass man ihm nicht antworte. Wollte man aber mit ihm reden, so nahm er keine Notiz davon. Er hatte die Fähigkeit, das gesprochene Wort zu verstehen, völlig eingebüsst — er war worttaub geworden. Schriftlich dagegen, und durch die sprachlichen Mundbewegungen konnte man sich gut mit ihm verständigen. — Er hatte ferners die Kenntniss der Zeit verloren. Um 10 Uhr wollte er zu Mittag essen und Abends aufstehen. Ohne eigentlich zu deliriren äusserte er eine Menge von Gedanken und Begehren. Er taxirte seinen Zustand optimistisch.

Eine grosse Schwäche hielt den Patienten bis Mitte August im Bette, seither steht er Nachmittags etwas auf. Ende August 1881 sah Patient blass und cachectisch aus. Seine körperliche Kraft war sehr reducirt, ausser der Parese des linken Facialis war keine circumscripte Lähmung aufzufinden. Haut und Musculatur waren schlaff und welk, die patellaren Sehnenreflexe fehlten, die cutanen Reflexe von der Fusssohle her waren augenscheinlich verlangsamt. Die organischen Bewegungen gingen ordentlich. Stuhl verstopft; das Herz ergab denselben Befund wie früher, die Pupillen waren gleich, eng, und erweiterten sich träge. Rasche Bulbusbewegungen erregten, wie früher, Schwindel. Patient drehte deshalb Kopf und Augen sehr langsam und vorsichtig. Auch sonst litt Patient stark an Schwindel, selten an Kopfweh.

Das Gedächtniss war für frühere Dinge ordentlich. Pat. äusserte grosse Freude, mich zu sehen, hoffte baldige Besserung, daneben machte er, beständig lachend, satyrische Bemerkungen über sich und mich.

Er sprach langsam und gedehnt, hie und da gebrauchte er, ohne es zu merken, falsche Wörter. Doch drückte er sich im Allgemeinen gut und ohne besondere Schwierigkeiten aus. Er sprach gern und viel, oft mit unmotivirtem Lachen. Er articulirte gut und deutlich, doch nicht ganz ohne Anstoss.

Höchst auffallend war nur, dass Patient kein Wort verstand, was gesagt wurde. Sein Gehör war gut; rechts jedenfalls krankhaft empfindlich, denn er rügte starkes Reden, Rufen, starke Geräusche, wie Thüren zuschmettern und dergleichen, als sehr unangenehm. Er hörte das Ticken der Uhr, die Repetition beidseitig gut, links etwas weniger. — Sprach man zu ihm, so war es gerade, als ob er dadurch selbst zum Reden, zum Erzählen etc. angeregt würde. Aber den Inhalt des Gesagten verstand er so wenig, als ein englischer Papagei chinesisch. Nur die zwei Wörter ja und nein verstehe er manchmal, wenn sie seine Frau sage. Merkwürdiger Weise hatte er von seinem Defect keine Ahnung. In einem an mich gerichteten Briefe vom September 1881 klagte er über Müdigkeit im Kopfe, über Unklarheit, Schwierigkeit zu denken, aber, was doch zunächst läge, von seiner Worttaubheit sagte er keine Silbe. Allerdings lernte er es, sich zu helfen. Er sah ordentlich vom Munde des Sprechenden ab, obwohl, wegen bald eintretender Ermüdung, nie lange; er las schriftliche Fragen laut und richtig vor und beantwortete sie gehörig. Er schrieb ganz geläufig aus dem Kopfe und nach Vorschrift, die Schrift blieb sich dabei gleich. Er löste die ihm früher theilweise vergeblich gestellten arithmetischen Aufgaben richtig. Nur mit den Zahlen war er noch im Unklaren. Statt des ersten schrieb er den letzten Vers von „Rufst du mein Vaterland" etc.

Die früher benannten Anomalien seiner Stimmung hatten sich bedeutend verschlimmert. Patient ist sehr empfindlich, erzürnt sich leicht, ist schwer zu befriedigen. Seine Pflege war deshalb keine leichte, und um so weniger, da ihn allerlei deliriöse Vorstellungen beherrschen.

Ich habe Patient zuletzt Ende Juni 1882 gesehen. Er hatte sich körperlich etwas erholt, und sprach eher besser als im August 1881; er las besser vom Munde seiner Frau und seiner Kinder ab, man verkehrte deshalb leichter mit ihm. Seine Worttaubheit ist aber genau dieselbe geblieben.

Die Prüfung mit den *Pflüger*'schen Farbentafeln ergab nur in Violett eine Unsicherheit. — Jedenfalls ist auch das excentrische Sehen beschränkt, doch liess sich der Perimeter nicht bestimmen. Sicher aber ist Hemianopsie irgend einer Form auszuschliessen.

Epicrise. Wir sind gewohnt, sofort an die *Broca*'sche Windung (untere linke Stirnwindung) zu denken, wenn von Aphasie die Rede ist; und für eine Reihe von Fällen ist dies vollkommen richtig. Die allgemeine Annahme geht gegenwärtig dahin, dass die *Broca*'sche Windung das Centrum der sprachlichen Coordination sei, das Centrum also, von wo aus die verschiedenen Bewegungen der Lippen, des Mundes, des Gaumens, des Kehlkopfes in ihrem sprachlichen Zusammenwirken und in ihrer zeitlichen Folge innervirt werden. Leider passt dasjenige, was als coordinatorische oder atactische Sprachstörung bezeichnet wird, durchaus nicht zu dem, was sonst in der Pathologie unter Ataxie verstanden wird. Denn als atactisch bezeichnet man solche Sprachstörungen, wobei

1) der Wortschatz mehr oder minder reducirt ist, eine ganze Anzahl Wörter also überhaupt nicht mehr ausgesprochen werden können,

2) eine Anzahl anderer nur noch unrichtig, verstümmelt und

3) gewisse Wörter beständig vorgeschoben und an der Stelle anderer gewollter, aber nicht zu producirender ausgesprochen werden.

Vergleichen wir damit z. B. die sogenannte motorische Tabes, so fehlt dieser die Reduction der einzelnen Bewegungen, analog der Reduction des Wortschatzes, es fehlt die Gleichmässigkeit in dem einmal entstandenen Defect, insofern der Tabische viel Wechsel seiner Incoordination zeigt, und fehlt endlich das zwangsmässige Hervortreten anderer geradezu conträrer Bewegungen. Viel näher steht die atactische Aphasie den Beschäftigungsneurosen (Schreibkrampf u. s. w.), am nächsten wohl der Hemiplegia spastica infantum, in welcher, bei erhaltenem correctivem Bewusstsein eine Anzahl von Bewegungen ausgefallen sind und zum Theil durch krampfhafte Bewegungen anderer Muskeln ersetzt werden. Sehr richtig bezeichnet *Kussmaul* die atactische Aphasie symptomatisch als verbale Anarthrie, oder mit Rücksicht auf ihre anatomische Localisation als vordere centro-hemisphärische Leitungsdysarthrie. Nennen wir diese Störung aber so oder anders, sicher ist immerhin, dass wo sie besteht, auch die *Broca*'sche Windung, im Speciellen deren hinterer Drittheil erkrankt ist.

Ehe aber das Wort den schreibenden oder sprechenden Mechanismen kann übergeben werden, muss es als solches gebildet worden sein. Wir folgen *Kussmaul* weiter, wenn wir die Werkstätten dieser höhern psychischen Vorgänge als Centren der optischen und acustischen Wortbilder bezeichnen. In besondern Fällen, z. B. in der Blindenschrift, sind denselben auch tactile beizufügen.

Nun fragt es sich: sind diese Werkstätten auch noch in die *Broca*'sche Windung zu verlegen? *Kussmaul* äussert sich darüber ausserordentlich vorsichtig und Mangels specieller pathologisch-anatomischer Befunde kann man à priori sehr im Zweifel darüber sein. Denn einerseits scheinen neuere anatomische Untersuchungen für dieses Verhältniss zu sprechen. *Rüdinger* (Ein Beitrag zur Anatomie des Sprachcentrums. Stuttgart, Cotta, 1882. 59 pag. mit 5 Doppeltafeln) kommt zu dem Resultat, dass die *Broca*'sche Windung bei sprachlich hervorragenden Menschen ausserordentlich reich gegliedert sei, ja, dass sie schon bei den höherstehenden germanischen Völkern relativ stärker ausgebildet sei, als bei den niedrig stehenden Negern. Diese sehr verdienstvolle Arbeit wird jedenfalls dazu beitragen, dass auf Grund

der *Ecker*'schen Tafeln der Einzelgliederung verschiedener Windungen, zunächst einmal der *Broca*'schen, ein besonderes Augenmerk wird geschenkt werden. [1]) Nehmen wir andrerseits das neue Werk von *Exner* (Untersuchungen über die Localisation der Functionen in der Grosshirnrinde des Menschen. Wien, Braumüller, 1881. 180 p., 25 Tafeln) zur Hand, so sehen wir, dass uns für die sprachlichen Schrift- und Klangbilder noch weite Cortexfelder zur Verfügung stehen. *Exner* stellt nämlich eine grosse Anzahl von Rindenaffectionen nach den Symptomen aus der Literatur zusammen und trägt die so gefundenen Localisationen in zweierlei Weise auf Hirnschemata auf, einmal, indem die erkrankt gefundene Stelle ausgespaart, der Rest aber roth schraffirt wird, und zweitens, indem umgekehrt die afficirte Hirnstelle je nach der procentualischen Häufigkeit ihres Ergriffenseins verschieden dunkel gemalt wird. Es entstehen daraus sehr übersichtliche Bilder. In einer letzten Tafel trägt der Verfasser die verschiedenen Thätigkeitsgebiete, wie Bewegungen der Extremitäten, des Facialis, des Hypoglossus, Felder des Gesichtssinnes und der Sprache mit verschieden gefärbten Puncten auf ein Hemisphärenschema auf. Es zeigt sich da, dass das Rindenfeld der Sprache von der *Broca*'schen Windung aus sich vor- und rückwärts nach Stirn und Hinterhauptshirn weit verbreitet. Eine genauere Specialisirung etwa nach dem Schema *Kussmaul*'s ist nicht gegeben, auch noch nicht möglich.

Exner's Tafeln stimmen nun in der Hauptsache ganz entschieden mit den neuesten physiologischen Untersuchungen überein, welche *Munk* seit einigen Jahren publicirt und in einem besondern Werke (Ueber Functionen der Grosshirnrinde, Berlin, Hirschwald, 1881) als gesammelte Mittheilungen herausgegeben hat. Ich will in einigen Worten *Munk*'s Hauptresultate benennen. Die Grosshirnrinde zerfällt in eine Anzahl von Feldern, welche den verschiedenen Körperregionen resp. Organen als Fühl-, Begriffs- und Erinnerungsfelder zugetheilt sind, so das Occipitalhirn der Retina, das Parietalhirn den Schutzorganen des Auges und den Extremitäten, der Klappdeckel dem Gesicht und der Zunge, das Stirnhirn dem Rücken und Nacken, das Temporalhirn dem Gehörorgan u. s. w. Die verschiedenen Felder werden durch die anlangenden specifischen Erregungen mit Empfindungseindrücken, mit daraus resultirenden erinnerungsfähigen Bildern und Begriffsvorstellungen bevölkert, so zwar, dass gewisse Centralpuncte dieser Felder gleichsam die Eingangspforte der anlangenden Erregungen bilden und dieselben in ihrer nächsten Umgebung am intensivsten ablagern. Die weitere Umgebung würde dagegen mehr als Vorrathskammer für eventuellen Gebrauch reservirt bleiben und erst dann in eigentliche Function treten, wenn neue Eindrücke sollen abgelagert werden oder wenn die Centralpuncte durch irgend einen Grund ausser Function gesetzt sind. Am deutlichsten konnte *Munk* dieses Verhältniss in der Sehsphäre nachweisen. Wurden centrale Stücke derselben exstirpirt, so fielen die meisten Sehvorstellungen für einige Zeit aus. Dann erschienen sie allmälig wieder. Wurden jetzt auch die peripheren Theile desselben Sehfeldes exstirpirt, so verloren sich die wiedergewonnenen Sehvorstellungen dauernd. Legen wir diese Anschau-

[1]) Möglicherweise ergibt sich aus der Vergleichung vieler Individuen, dass sich der Reichthum an Wortbildern und in der Gliederung der *Broca*'schen Windung gegenseitig bedingen.



ungen, welche *Munk* am Hunde und Affen gewonnen hat, unserem Falle zu Grunde, und übertragen sie somit schlechthin auf den Menschen, so müssen wir etwa Folgendes annehmen. Entweder die optischen Wortbilder sind als Sehvorstellungen im Hinterhirn, im Bereich der Sehsphäre abgelagert und schicken ihre Erregungen, um in Lautworte umgesetzt zu werden, durch Associationsfasern, und dann in ziemlich weitem Bogen nach der *Broca*'schen Windung. Finden sich bei einer Aphasie die optischen Wortbilder zerstört, so braucht demnach die *Broca*'sche Windung nicht lädirt zu sein. Man hat die Wahl, die Localisation direct in die occipitale Rinde oder aber in diejenigen Fasern zu verlegen, welche von ihr nach der Insel führen.

Wernike (Ueber Aphasie und Anarthrie, Deutsche medic. Wochenschrift 1882, Nr. 12) hat sich kürzlich in ähnlicher Weise ausgesprochen und glaubt, dass ein Stück dieser Bahn am medialen obern Rande des Klappdeckels (Oberspalte *Burdach*'s) verlaufe.

Oder man könnte umgekehrt annehmen, dass bei der grossen Intimität zwischen optischen und acustischen Wortbildern einerseits und der verbalen motorischen Coordination andererseits, jene erstern nicht in der gewöhnlichen corticalen Seh- resp. Hörsphäre, sondern in der unmittelbaren Nähe dieser, also auch in der *Broca*'schen Windung oder der Insel abgelagert und von den subcorticalen Sinnesflächen direct durch Faserbahnen in Thätigkeit versetzt werden. Man ist, abgesehen von den oben angeführten anatomischen Gründen, deswegen geneigt, an dieses Verhältniss zu denken, weil bisher wenig Sectionsbefunde auf das Occipitalhirn, die meisten dagegen (vergl. die Angaben von *Exner*, ferner die von *Ferrier* [Localisation der Hirnerkrankungen, übersetzt von *Pierson*, Braunschweig, 1880], von *Nothnagel* [topische Diagnostik der Hirnkrankheiten, Berlin, Hirschwald, 1879] und *Boyer* [Etudes cliniques sur les lésions corticales, Paris, De La Haye, 1879]) auf die Inselgegend hinweisen. Man wird aber mit erneuter Sorgfalt die autoptischen Befunde zu controliren haben, wenn es sich um derartige Fragen wie die Detaillirung corticaler Functionen handelt. Denn möglicherweise ist für einzelne Functionen nicht die ganze Dicke einer Cortexstelle, sondern sind blos einzelne Schichten verantwortlich zu machen, und da würde es sich um Veränderungen handeln, die nur zu leicht übersehen werden können. Wir müssen also diese Frage, wo die Wortbilder hergestellt werden, unentschieden lassen.

Bei unserm Patienten finden wir aber auch die Sprachbahnen von Ohr zu Hand und Auge zu Hand gestört.

Wo die coordinatorischen Centren des Schreibens liegen, ist noch weniger zu sagen, da keine isolirten Beobachtungen existiren. A priori ist anzunehmen, dass sie sich in den Rindenfeldern der obern Extremitäten, also in den Centralwindungen vorfinden, welche ja, das weiss man hingegen, um so detaillirter entwickelt sind, je mehr die Bewegungen selbst ausgebildet sind. Vielleicht könnte die genaue anatomische Untersuchung solcher Fälle von Schreibkrampf, die als cerebraler Natur zu betrachten sind, einen Fingerzeig liefern. Mit Wahrscheinlichkeit also greift, wenn neben verbaler Anarthrie auch Agraphie besteht, der corticale Process über die *Broca*'sche Windung hinaus und der Umstand, dass Pat. ent-

schieden auch in seinen sonstigen Bewegungsvorstellungen geschädigt war (s. o.), unterstützt diese Ansicht weiters.

In unserem Falle waren aber nicht nur die Felder optischer und acustischer Wortbilder afficirt, sondern (nach *Kussmaul*'schem Schema) auch die ideagenen Centren. Denn es fehlten dem Kranken auch bei der nöthigen Nachhülfe gewisse Begriffe. Während Patient es inne wurde, wenn er unrichtige oder verstümmelte Wörter sprach, also mit den höher gelegenen ideagenen, die tiefer gelegenen acustischen Bildercentren corrigirte, fehlte ihm jede Einsicht und Correctur, wenn er aus eigener Combination oder dem Gedächtnisse unrichtig schrieb. Er schrieb ferner syntactisch richtig ab, aber graphisch verändert. Beide Defecte sprechen offenbar für eine Erkrankung der ideagenen Centren oder ihrer Bahnen, die zu den Centren der Schriftbilder gehen. Denn schreibt ein Gesunder, wie man sagt mechanisch, schaltet er also sein ideagenes Centrum und dessen Controle aus, so verändert sich seine Schrift und er weiss nicht, hat er richtig geschrieben oder nicht, ja er ist selbst am meisten darüber erstaunt, wenn er ersteres gethan. Im gleichen Sinne spricht der Umstand, dass Schreiben nach Dictat relativ ordentlich ging und dass dabei acustische Eindrücke kritiklos in Schrift umgesetzt wurden, „scheben“ statt „stehen“ u. s. w., ferner dass die einzelnen Ziffern richtig geschrieben, aber sinnlos aneinander gereiht wurden und dass Vorlesen viel schlechter ging als Nachsprechen.

Wir dürfen also annehmen, dass schon der erste Insult, der den Pat. befallen hat, ziemlich umfangreiche Zerstörungen gesetzt hat. Da aber ausser der, die Aphasie öfters isolirt begleitenden leichten Faciallähmung keine Störungen der Motilität vorhanden waren, so können wir von allen Processen absehen, welche in's Hemisphärenmark, in die Strahlung der inneren Kapsel und des Stabkranzes greifen und können uns die Läsion als rein corticale und zwar als einen Erweichungsherd vorstellen. Denn eine ausgebreitete Gefässatherose bestand sicher schon längere Zeit und hindert nichts, sie in ihrem locus prædilectionis, an den ersten Aesten der art. fossæ Sylvii, also in der Inselgegend beginnen und gegen die Convexität sich ausbreiten zu lassen. Der Umstand, dass die Facialparese eine linkseitige, statt, wie gewöhnlich, eine rechtseitige ist, lässt uns die corticale Affection nur als eine noch ausgedehntere erscheinen, und zwar als eine doppelseitige etwa in der Art, dass in der rechten Hemisphäre das Facialiscentrum, in der linken die Sprachcentren lädirt wären. Denn da im Uebrigen Pat. nicht linkshändig ist, so haben wir keine Berechtigung, der rechten Hemisphäre die höhere Ausbildung und das sprachliche Centrum zuzutheilen, bessere Belehrung vorbehalten.

Der durch den ersten Insult gesetzte Zustand hat sich aber in den folgenden Monaten bedeutend gebessert. Pat. lernte wieder gut lesen, schreiben und ordentlich sprechen. Wie hat man sich in solchen Fällen die Restitution zu denken? Ich will hier zuerst die Ansicht des Strassburger Physiologen *Goltz* anführen und über dessen Versuche kurz referiren. Er hat sie unter dem Titel: Ueber die Verrichtungen des Grosshirns, Bonn, 1881, im Zusammenhange publicirt. *Goltz* spülte Hunden Stücke der Hirnoberfläche durch einen Wasserstrahl, also unblutig weg,

10 und mehr % einer Hemisphäre in einer Sitzung und fand dann 3 Reihen von Defecten:

1) ein vermindertes Hautgefühl,

2) verminderte Gebrauchsfähigkeit der Glieder und

3) eine eigenthümliche Sehstörung, jeweilen der gekreuzten Seite.

Alle diese Defecte erschienen angeblich, gleichgültig welche Gegend des Grosshirns verletzt wurde, und alle bestanden nur kurze Zeit nach der Operation in voller Stärke, verschwanden später bis auf geringe Reste. Erst diese bezieht *Goltz* auf den Ausfall der Hirnsubstanz und benennt sie „Ausfallserscheinungen". Was sich restituirte, war in Folge des Operationsreizes nur „gehemmt", kann also nicht im Operationsgebiete centrirt sein, weil dort keine Erholung möglich wäre. Die wirklichen Centren der Bewegung etc. liegen also tiefer, der Grosshirncortex ist nur voluntärer Hemmungsapparat, der Sitz der Intelligenz. So sieht *Goltz* z. B. Lähmung der Athemmuskeln, der Blase nach Apoplexie, das Ausbleiben der Reflexe nach Myelotomie für eine Fern-, id est Hemmungswirkung auf dem Nervenwege an. Doppelseitig operirte Hunde zeigten dieselben Phänomene, wie einseitig operirte, aber beidseitig und einen viel grösseren Verlust der Intelligenz. Auch der sehr schöne Versuch: Abspülung des linken Hinterlappens, gleichzeitige Enucleation des linken Bulbus, nach 4 Wochen Restitution der Sehintelligenz, später Abspülung des rechten Hinterlappens, sehr schwere, dauernde Sehstörung — bringt ihn nur zur Folgerung, dass beide Bulbi mit beiden Hemisphären verbunden seien, nicht aber, dass die Sehfunction des Hundes an die Integrität des Occipitallappens gebunden sei.

Als bisheriges Hauptergebniss sieht Verfasser das an, dass die Grosshirnrinde in allen Abschnitten Organ der Intelligenz sei. Er nähert sich dadurch sehr stark *Flourens* und will aber doch einen eigenen Standpunct innehalten. Denn gegentheils erkennt er an (pag. 124), dass, nach den Versuchen von *Hitzig* und *Nothnagel*, durch Verletzung gewisser Puncte des Grosshirns Reizungserscheinungen auftreten, weil in jedem Falle eine andere Gruppirung von Leitungsfasern getroffen worden sei. Nach seinen letzten Versuchen, wo er mit dem „Hirnschnäpper", einer Art Lebenswecker, und der *White*'schen Zahnbohrmaschine operirte, wo er das Gehirn eines Hundes bis auf 13 grmm. (nach der Härtung!) reducirte und das Thier völlig blödsinnig geworden war, will er zwar die Möglichkeit corticaler Hirncentren nicht läugnen, aber er läugnet ihre Thatsächlichkeit, eben der, wenn auch sehr unvollkommenen Restitution einzelner Functionen halber. Er gibt ferners zu, dass Verletzungen des Scheitelhirns die Beweglichkeit mehr stören, als solche des Stirn- und Hinterhirns, aber nur wegen Verletzung der dort gehäuft vorhandenen Leitungsbahnen. Ferners erkennt er an, dass die Hinterlappen einen grössern Einfluss auf den Sehact ausüben, ohne doch begrenzte Centren zu sein. Die Sehstörung sei nicht Verlust einer bestimmten Sinnesqualität, wie es *Goltz* früher selbst annahm, sondern nur Theilerscheinung der gesunkenen Sinnesthätigkeit überhaupt, also des Blödsinns.

Wir können uns in der Pathologie mit diesen Ansichten nicht befreunden. Die Grosshirnrinde nur als ein Hemmungsorgan anzunehmen und alle wirklich erregen-

den und direct empfindenden Theile in andere Hirnregionen zu verlegen, das widerspricht doch zu sehr unseren Erfahrungen. Auch die Willkürlichkeit, mit welcher *Goltz* „Ausfalls-" und „Hemmungs"-Erscheinungen zeitlich gegen einander abgegrenzt, können wir in der Pathologie nicht anerkennen. Denn wenn wir einen von Hemmungscentren oder Hemmungsbahnen ausgehenden Reiz annehmen wollten, der stark genug wäre, die Erregung infracorticaler Centren aufzuheben, so würden wir sehr wahrscheinlich schon im Beginne einer corticalen Apoplexie ein Ueberwiegen des Hemmungsreizes, eine Contractur wahrnehmen können. Die Pathologie zeigt aber gerade das Umgekehrte. Die Contracturen, als tonische, treten nicht ein, wenn nur die Rinde leidet, wohl aber, wenn die weissen Leitungsbahnen getroffen wurden und nun weiter entarten. Sie erscheinen dann nicht mit, sondern erst einige Zeit nach der Apoplexie und beweisen, dass durch die Apoplexie ein neuer Entzündungsreiz eingeführt ist, dessen Weg und Arbeit die secundär ab- resp. aufsteigenden *Türk*'schen Entartungen zeigen. Wir wenden uns also, wenn wir die Restitution verloren gewesener cerebraler Functionen begreifen wollen, andern Ansichten zu und nennen nur kurz die Ausbildung der gesund gebliebenen Hemisphären oder das vicarirende Eintreten anderer Gehirnpartien, wie sie von *Duret*, *Ferrier*, *Nothnagel*, *Hitzig* behauptet werden. Bei der Aphasie geht die allgemeine Ansicht dahin, dass die eine — gewöhnlich die linke — *Broca*'sche Windung den Hauptantheil der Innervation besorgt, die andere, gewöhnlich die rechte, blos mithilft, sich aber, wenn die linke nicht mehr functionirt, nach und nach zu voller Function ausbildet. Wir könnten diese Verhältnisse also auch bei unserem Patienten annehmen, vorbehältlich der Umdrehung von links nach rechts, vide oben. Doch ziehen wir, da wir ohnedies eine doppelseitige Erkrankung der Inselgegend für wahrscheinlicher halten, die schon oben angedeutete Restitutionstheorie von *Munk* vor, und nehmen an, unzerstörte Theile der Sprachcentren haben die Functionen der zerstörten übernommen.[1]) Die betreffenden Theile müssen dann allerdings eine Erziehung, eine Lehrzeit, durchmachen, gerade wie die noch rohen Gehirnregionen eines Kindes. Sie müssen also die Sinnesempfindungen wieder in Intelligenz und in Bewegung umsetzen lernen.

Wir haben oben darauf aufmerksam gemacht, wie die sprachliche Function aus verschiedenen Sinnesgebieten her und auf verschiedene motorische Gebiete hin sich bewegt, und dass wir noch nicht wissen, wie viele dieser Functionen räumlich zusammengelegt z. B. in der Inselgegend vereinigt sind. Wir können also nicht sagen, ob die „Sprachfelder" so im Gehirn vertheilt sind, wie Sehfelder und Hörfelder und ob sie sich bezüglich der Restitution so verhalten, wie das Sehfeld des Hundes oder Affen. Keinesfalls aber sind wir der Ansicht von *Goltz*, dass die Gehirnrinde nicht mit einem gewissen Luxus angelegt sei. Nicht nur die ausge-

---

[1]) Die in der physiologischen Section des medic. Congresses in London vorgenommene Autopsie eines *Goltz*'schen Hundes ergab übrigens, dass „beträchtliche Theile der grauen Substanz in der motorischen Region erhalten geblieben waren". (Bericht von Dr. *Knecht*, A. Z. für Psych. 1882. Bd. 39, pag. 112 ff.) Damit fällt natürlich die Lehre von den Hemmungswirkungen des Cortex und von den infracorticalen Centren dahin, und schliessen sich die Resultate der *Goltz*'schen Versuche denen von *Munk* an.



bildeten Zell- und Faserpartien enthalten einen Ueberschuss an Material, sondern, wie von verschiedenen Seiten betont worden ist, es ruht im Gehirn noch eine gewisse Quantität unfertigen Bildungsmateriales, von dem wir nicht behaupten können, es könnte sich nicht gelegentlich weiter entwickeln und Verlorengegangenes ersetzen.

Würden wir also in unserem Falle z. B. eine Zerstörung der rechtseitigen untern Stirnwindung und Inselgegend durch alte Erweichungsherde vorfinden, eine unbedeutende Affection aber der linken, so würden wir nothgedrungen eine Restitution in der linken Hemisphäre anzunehmen haben. Wäre dagegen erstere nicht mehr nachzuweisen, so würde es uns unbenommen sein, eine locale Restitution der linken, oder ein Eintreten der rechten Sprachgegend anzunehmen.

Ohne dass in den motorischen Sprachgebieten neue Störungen erschienen, trat nun mit dem zweiten Anfalle eine ausgedehnte sensorische Sprachstörung auf, die der vollständigen Worttaubheit. *Wernike* hatte schon in seiner frühern Arbeit (Der aphasische Symptomencomplex, Breslau, 1874) behauptet, dass die sensorischen Partien des Sprachfeldes in der hintern Partie der insulären Ausstrahlung liegen, resp. in den Schläfenlappen zu suchen seien. Seither sind nun einige Sectionsbefunde dieser Behauptung zu Hülfe gekommen (vergl. bei *Exner* die Fälle 112, 113, 121 und dessen Tafel). In diesen Fällen wurde die oberste Temporalwindung wirklich erkrankt gefunden. Wir nehmen, gestützt darauf und auf die Resultate der electrischen Reiz- und der Exstirpationsversuche, wie sie schon *Ferrier* angestellt hat, an, dass das Hörfeld des Menschen im Temporalcortex liege und dass in unserem Falle dieser durch den neuen Insult lädirt worden sei und zwar durch einfaches Weiterschreiten des früheren Processes. Da die Affection unverändert seit Beginn, i. e. seit einem Jahre besteht, sprechen wir sie eben nicht als eine Hemmung einer anderswo, sondern als den Ausfall einer wirklich dort centrirten Function an. Ob im zweiten Insulte auch nur die rechte Hemisphäre lädirt wurde und die linke sonst unfähig war, in die Lücke zu treten, was übrigens bei Rechtshirnmenschen häufig vorkommen soll, oder ob umgekehrt, worauf die linkseitige Faciallähmung hinwiese, der rechte Temporallappen schon beim ersten Insulte erkrankt, der linke erst beim zweiten, womit dann völlige und dauernde Worttaubheit gegeben war, oder ob beide erst beim zweiten Insult, wird vielleicht die Zukunft lehren.

Aber abgesehen von dieser speciellen Seite der Frage würde es, bei der Seltenheit der Fälle, von grösstem Interesse sein, überhaupt nur die Localisation in den Schläfenlappen zu constatiren. Denn wie Lähmung und Krampf durch Affection, durch verschiedenartige zwar, aber doch derselben Cortexstelle entstehen können, so würde uns in der Psychiatrie der sichere Nachweis, dass der Schläfenlappen die corticalen sensorischen Sprachcentren enthält, für die Localisation der Gehörshallucinationen von der grössten Wichtigkeit sein. Die subjectiven Wahrnehmungen verbaler Klangbilder würden nämlich als die Reizung derselben Rindenfelder erscheinen, deren Lähmung die Worttaubheit bedingt.

Ein Fall von Punction des Herzbeutels.

Von Dr. **Paul Barth** in Basel.

(Nach einem Vortrag, gehalten in der medic. Gesellschaft von Basel den 7. September 1882.)

Verehrte Herren Collegen!

Im Mai dieses Jahres hatte ich Gelegenheit, bei einem 11jährigen Knaben mit acutem Gelenkrheumatismus, der mit schwerer Pericarditis complicirt war, als Indicatio vitalis die Punction und Aspiration des pericarditischen Exsudates auszuführen. Der Erfolg war günstig. — Als ich mich damals in der Literatur über diesen Gegenstand umsah, fand ich, dass die Zahl der publicirten Fälle von Paracentesis Pericardii noch eine verhältnissmässig geringe ist. Der Verfasser der grössten Arbeit, die in neuerer Zeit hierüber herausgekommen ist, Dr. *Hindenlang* in Freiburg, vermochte im Jahre 1879 erst 50 Fälle aus der Literatur zusammen zu stellen.

In früherer Zeit, 1864, konnte *Dressler* in Leipzig erst 23 Fälle zusammenbringen; sodann spricht *J. B. Roberts* in Philadelphia, 1879, von 49 Fällen. Die beste und neueste Quelle besitzen wir also in der *Hindenlang*'schen Arbeit, die im Jahre 1879 erschienen und im Archiv für klin. Medicin abgedruckt worden ist.

Das gesammte bis dahin über diesen Gegenstand bekannt gewordene Material finden wir in derselben vortrefflich gesichtet und kritisch beleuchtet; ausserdem liefert sie uns eine klare Auseinandersetzung der verschiedenen Indicationen zur Vornahme der Operation und eine gute Beschreibung der Technik derselben.

Auf *Hindenlang* folgte sodann *Fiedler*, der im März a. c. in der *Volkmann*'schen Sammlung einen Vortrag über die Punction der Pleurahöhle und des Herzbeutels hat erscheinen lassen; er berichtet von drei weiteren eigenen Fällen. Beide Autoren fordern zur Publication von neuen, gut beobachteten Fällen auf und bezeichnen dieselben als eine Bereicherung für die Statistik.

Da mir nun, wie gesagt, auch ein solcher Fall in der Praxis vorgekommen ist, so erlaube ich mir, Ihnen denselben mitzutheilen:

Karl Feger, 12 Jahre alt, erkrankte den 22. April 1882 an acutem Gelenkrheumatismus; in rascher Aufeinanderfolge wurden die Gelenke der untern, dann die der obern Extremitäten ergriffen. Die Therapie war die gewöhnliche, vor Allem Natron salicyl. in verschiedener Form. Der Erfolg war, wenn auch ein deutlicher, so doch keinesfalls ein glänzender, so dass nur langsame Fortschritte zu bemerken waren. Am 14. Tage klagte Pat. über Druck auf der Brust und Engigkeit beim Athmen. Die Untersuchung ergab in den obern Herzpartien ein mit den Herzbewegungen synchronisches Reiben; eine wesentliche Veränderung der Herzdämpfung war noch nicht nachweisbar. Diagnose: Pericarditis; Therapie: Starke Jodanstriche auf die Herzgegend; Eisblase; innerlich: Digitalis; Wein. In den folgenden Tagen nahmen die Beschwerden zu, besonders die Dyspnœ. Bei der physicalischen Untersuchung zeigte sich nun bald eine Vergrösserung der Herzdämpfung, besonders nach oben und rechts; der Herzstoss wurde undeutlich; die Töne waren rein, aber schwach; kein Reiben mehr; auf den Lungen weder vorn noch hinten irgend eine wesentliche Veränderung nachweisbar. — Nachdem bei unveränderter Therapie dieser Zustand einige Tage sich gleich geblieben war, begannen sich die subjectiven und objectiven Herzsymptome zu verschlimmern; die Athemnoth wuchs, und vor allen Dingen zeigte der Erguss im Herzbeutel eine rasche Zunahme. Am 14. Mai — es war ein Sonntag Nachmittag — wurde mir, nachdem ich den Pat.



noch am Morgen in dem eben geschilderten Zustande gesehen hatte, berichtet, ich solle rasch kommen, er sei am Ersticken, und der Anblick, der sich mir beim Eintritt in das Krankenzimmer bot, bestätigte die Ansicht der Angehörigen. Der Knabe lag — übrigens bei vollem Bewusstsein — mit Zeichen der grössten Athemnoth und dem Ausdruck der Todesangst in dem cyanotischen Gesichte da; der Brustkorb arbeitete mühsam; die Athmung war keuchend, hastig; die Halsgefässe waren strotzend gefüllt; die Nasenflügel standen weit von einander. Der Puls war enorm frequent, unregelmässig, kaum fühlbar, von Zählen keine Rede. Die rasch vorgenommene physicalische Untersuchung ergab: Herzdämpfung in charakteristischer Form enorm vergrössert, nach oben bis zur Clavicula reichend, rechts bis über den rechten Sternalrand hinaus; kein Herzstoss fühlbar; Herztöne ganz schwach; Rythmus der Herzbewegungen unregelmässig, aussetzend.

Es war einleuchtend, dass bei diesen schweren Symptomen das Leben in äusserster Gefahr und ein rasches Handeln unerlässlich war. Das einzige Mittel, von dem ich mir bei rascher Ueberlegung einen Erfolg versprechen konnte, war die Wegschaffung des das Herz in so gefährlicher Weise comprimirenden Exsudates durch Punction und Aspiration.

Da es Sonntag Nachmittag war, und zudem jede Minute Verzug dem Knaben den Tod bringen konnte, so musste ich die Operation ohne ärztliche Assistenz vornehmen und froh sein, wenigstens einen Heilgehülfen zum Halten der Spritze (Aspirationsspritze von *Dieulafoy* mit einfacher Hohlnadel) auftreiben zu können. Da die absolute Dämpfung, wie gesagt, bis zur Clavicula reichte, so wählte ich in der Eile als Einstichsstelle den 2. Intercostalraum, 3 cm. vom Sternalrande entfernt, hatte aber, trotzdem ich die Nadel 3—4 cm. weit einstach, keinen Erfolg, sei es nun, dass ich das Pericard vor mir her einstülpte, oder dass meine Nadel zu fein war und sich durch ein Fibringerinnsel verstopfte. Ich setzte darum rasch eine Nadel von gröberem Caliber an und stach im 3. Intercostalraum ein, ebenfalls ca. 3 cm. vom Sternalrande entfernt. Um das Einstülpen des Pericards zu vermeiden, manipulirte ich sehr rasch und drang 3 cm. tief ein. Diesmal gelang die Aspiration; es war mir möglich, eine Menge von 80 bis 100 grmm. seröser Flüssigkeit zu entleeren.

Der Heilerfolg war ein fast augenblicklicher und konnte beinahe an den Wechsel im Krankheitsbilde bei Croup nach der Tracheotomie erinnern; die Dyspnœ nahm ab und das Angstgefühl begann zu weichen. Objectiv konnte sofort ein Kleinerwerden der Herzdämpfung nachgewiesen werden; die obere Grenze war ungefähr bis zur Mitte der 2. Rippe hinunter gesunken. Schon nach wenigen Minuten war der Puls wieder deutlich zählbar und ziemlich regelmässig, wenn auch noch frequent, etwa 120 Schläge.

Die Stichöffnungen wurden wie bei Pleurapunctionen einfach mit Heftpflaster bedeckt. —

Mit meinem Berichte über den weitern Krankheitsverlauf kann ich mich kurz fassen, indem derselbe ein ganz normaler war; nicht nur fand keine Wiederansammlung von Exsudat statt, sondern auch die Quantität, die noch zurück geblieben war, verschwand im Verlauf der folgenden 14 Tage vollständig. Die Behandlung während dieser Zeit war vor allen Dingen eine stimulirende und roborirende; daneben wurde während einiger Tage Kal. acet. gereicht. Der Verlauf des Gelenkrheumatismus war ein schleppender, so dass noch während dieser Zeit wieder Natr. salicyl. musste gegeben werden. Am 10. Juni stand Pat. zum ersten Male auf. Am 13. Juni, also 1 Monat nach der Operation, finde ich in meinen Notizen folgenden Herzstatus: Herzdämpfung normal; Herzstoss deutlich hebend, im 5. Intercostalraum, 1 Finger breit nach innen von der Mammillarlinie am besten fühlbar; Herztöne laut, rein; Puls noch beschleunigt, gegen 100. Zeichen von Verwachsung des Pericards mit dem Herzen finden sich nicht.

Am 18. Juni konnte der Knabe zur Erholung auf's Land geschickt werden; er kehrte von dort nach 3wöchentlichem Aufenthalt blühend aussehend und mit dem Gefühle vollkommener Gesundheit heim.

Den 5. September war Herr Dr. *Oeri* so freundlich, auf meinen Wunsch den Knaben zu untersuchen und gelangte zu folgendem Resultat: Herzstoss sichtbar und am deutlichsten fühlbar 1 cm. innerhalb der Mammillarlinie im 5. Intercostalraum, hat hebenden Charakter und ist auch im 6. Intercostalraum noch deutlich zu fühlen. Rechte Herzgrenze am linken Sternalrande; obere Herzgrenze (absolut): 4. Rippe. Erster Ton an



der Spitze etwas dumpf, aber ohne Geräusch; bei angehaltenem Athem rein; sonst alle Töne rein. An den Gefässen des Halses keine krankhaften Erscheinungen. An der Herzspitze nichts, was auf Synechie des Herzbeutels deutet. Puls regelmässig, kräftig. Lungengrenzen normal. Also abgesehen von dem etwas zu stark hebenden und etwas zu stark verbreiteten Herzstoss im objectiven Befunde nichts Krankhaftes.

Vereinsberichte.

Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.

Präsident: Prof. *Pflüger*. Actuar: Dr. *Ost*.

Sitzung vom 9. Mai 1882, Abends 8 Uhr, im Casino.

Anwesend 14 Mitglieder und 1 Gast.

1. Prof. *Pflüger* spricht über Hemianopie.

Prof. *Pflüger* hat in den letzten 5 Jahren 5 Fälle von Hemianopie beobachtet: ein Fall mit Sectionsbericht von H. homon. dextr. — hämorrhagischer Herd von der Grösse eines kleinen Apfels im rechten Corpus striatum und im untern Theil des Thalamus opticus mit Mitbetheiligung der angrenzenden Marksubstanz — wurde im Jahresbericht der Augenklinik in Bern vom Jahr 1878 publicirt.

Nachdem auseinander gesetzt worden, welche Fälle von Hemianopie theoretisch denkbar sind und welche in Wirklichkeit zur Beobachtung kommen, werden 4 durch längere Zeit beobachtete Fälle mitgetheilt, 2 Fälle von homogener rechtsseitiger Hemianopie und 2 Fälle der viel seltener vorkommenden heteronymen temporalen Form; in der Literatur finden sich circa 25 Fälle temporaler Hemianopie. An Hand einer Serie von während längerer Beobachtungszeit aufgenommenen Gesichtsfeldern für einen jeden der 4 Fälle wird das Verhalten der Trennungslinie zwischen erhaltener und defecter Perimeterhälfte auseinander gesetzt, ebenso das Verhalten der Farbenperception in der erhaltenen Gesichtsfeldhälfte, sowie das Verhalten der Aussengrenzen dieser Perimeterhälften, in 3 der Fälle war eine progressive Einschränkung der Aussengrenzen beobachtet worden.

Im Ferneren wird der centralen Sehschärfe, dem ophthalmoscopischen Befunde, dem Verlauf und der Prognose der 4 Fälle besondere Aufmerksamkeit geschenkt und zum Schluss auf die Erklärung sowohl aller theoretisch denkbaren Formen als speciell der 4 vorliegenden Fälle eingegangen. Die homonymen Formen von Hemianopie können nach dem heutigen Stande unseres Wissens sowohl in einer basalen, einen Tractus opticus betreffenden, als in einer centralen Erkrankung ihre Ursache haben; die Differenzialdiagnose ist häufig nicht zu stellen, für einen der mitgetheilten Fälle ist eine basale Ursache höchst wahrscheinlich; für den zweiten hat eine centrale Erkrankung etwas mehr Wahrscheinlichkeit für sich. Für die beiden Fälle von heteronymer temporaler Hemianopie ist nur eine Erkrankung des Chiasma's, welche dasselbe in sagittaler Richtung comprimirend einen Theil der lateralen ungekreuzten Bündel verschont hat, anzunehmen; das linke ungekreuzte Bündel wurde in dem einen Falle auch zerstört, indem nach 2jähriger Beobachtung das linke Auge ganz erblindete. Eine centrale Ursache für die heteronyme laterale Form kann mit Sicherheit ausgeschlossen werden, seitdem die pathologische Anatomie und das Experiment uns Gewissheit darüber ver-

schafft haben, dass die Fasern eines Tractus opticus nicht, wie *Schön* und *Charcot* annahmen, central sich kreuzen, sondern dass sie voll in der entsprechenden Hirnhemisphäre endigen, eine Gewissheit, die eben so gross ist wie die, welche uns ebenfalls vom Experiment und von der pathologischen Anatomie über die Partialdurchkreuzung der Fasern im Chiasma gegeben worden ist.

Discussion: Prof. *Lichtheim:* Die häufigste und wichtigste Form der Hemianopie ist die homonyme. Was ihre Genese betrifft, so wissen wir, dass

1) jeder Tractus opticus beim Menschen die Fasern für die homonymen Netzhauthälften führt,

2) auch in der Hirnrinde jede Hemisphäre den homonymen Netzhauthälften zugeordnet ist.

Dies macht es ohne Weiteres sehr wahrscheinlich, dass auch das zwischen diesen Puncten gelegene Verlaufsstück sich ebenso verhält und dem entsprechen die anatomischen Daten, welche wir besitzen.

Im Widerspruch hiemit stehen allein die klinischen Erfahrungen, welche sich auf denjenigen Symptomencomplex beziehen, welcher unter dem Namen der cerebralen Hemianästhesie bekannt ist. Hier ist mit einem einseitigen Herde im Grosshirn eine Herabsetzung der Sehkraft im ganzen Gesichtsfeld des entgegengesetzten Auges verbunden. Dieser eclatante Widerspruch bedarf einer Aufklärung durch weitere Beobachtungen. Das von *Pflüger* erwähnte *Charcot*'sche Schema ist mit Rücksicht auf diese Beobachtungen ersonnen, darf aber als antiquirt bezeichnet werden, da es voraussetzt, dass die Hirnrinde der einen Seite mit dem Auge der entgegengesetzten Körperhälfte correspondirt.

Die temporalen Hemianopien sind sicherlich basalen Ursprungs und durch Läsion der innern Theile des Chiasma's zu erklären. Was die von *Pflüger* erwähnten einseitigen Gesichtsfelddefecte betrifft, so sind dieselben sicher nur in den allerseltensten Fällen peripheren Ursprunges, auch hier handelt es sich so gut wie immer um centrale Ursachen. Wenn wir die Angaben von *Munk* über die Beziehungen zwischen Sehsphäre der Hirnrinde und Gesichtsfeld zu Grunde legen, bietet die Deutung derselben keine Schwierigkeit.

Prof. *Pflüger* nimmt dem gegenüber noch einmal seine Auffassung von der peripheren Ursache einseitiger Hemianopien wegen des Verhaltens der correspondirenden Puncte in Schutz.

2. Prof. *Grützner* spricht über gemeinschaftlich mit Herrn cand. med. *W. Sahli* angestellte Versuche, welche sich auf die Physiologie des Flimmerepitheles beziehen. Dieselben ergaben, dass locale Zerstörungen des Epitheles keinen schädigenden Einfluss ausüben auf die seitliche und oberhalb der zerstörten Stelle liegenden Zellen, wohl aber die unterhalb derselben liegenden Zellen in ihrer Thätigkeit herabsetzen. Die Versuche wurden sämmtlich angestellt an der Rachen- und Speiseröhrenschleimhaut des Frosches, welche von oben, d. i. vom Rachen bis an den Magen herunter flimmert und kleine Körper in derselben Richtung abwärts in den Magen befördert. Reizungen mit constanten electrischen Strömen wirken verschieden je nach der Richtung, in welcher sie das Präparat durchsetzen; verlaufen sie von oben nach unten oder umgekehrt, so erhöhen sie

die Thätigkeit des Epitheles, verlaufen sie quer, so haben sie keine erregende, sondern eher eine hemmende Wirkung, wie Aehnliches auch vom Nerv bekannt ist.

Im Anschluss an seinen Vortrag demonstrirt Prof. *Grützner* die locomotorische Kraft des Flimmerepitheles der Rachen- und Speiseröhrenschleimhaut eines soeben getödteten Frosches. Am hübschesten kann dieselbe gezeigt werden durch einen senkrecht zur Flimmerrichtung gezogenen Tuschestrich, welcher sich sehr deutlich in der Flimmerrichtung nach unten bewegt, wobei die ursprünglich gerade Linie in Folge der ungleichen Energie der flimmernden Theile bald eine nach unten convexe Linie darstellt. Die durch Hebelvorrichtung dem Auge sichtbare Fortbewegung von auf die Schleimhaut aufgelegten Fleischstückchen macht es anschaulich, dass selbst grössere Sputa mit Leichtigkeit einzig durch Flimmerthätigkeit des Epitheles fortgeschafft werden können.

3. Geschäftliches.

Schluss der Sitzung 11 Uhr p. m.

Referate und Kritiken.

Meteorologische Statistik

über die tägliche Temperatur, 10jähriger Durchschnitt, von Andermatt und Davos und Uebersichtsplan der Gotthardbahn von Silenen bis Andermatt.

Seb. Christen-Kesselbach. 3 Abbildungen, 1 Plan, 1 Curventafel. 14 S.

Da sich nach und nach Davos in bedenklicher Weise überfüllt, habe ich die kleine, oben angezeigte Brochure mit gespanntem Interesse zu lesen begonnen; allein schon das II. Titelblatt kühlte meine Hoffnungen ab. „Andermatt in der Schweiz, ¾ Stunden von der Gotthardstation Göschenen. Curort für Brustleidende und Lungenkranke. Seine climatischen und meteorologischen Vorzüge sowie dessen landschaftliche Umgebung. Geschildert und Bericht erstattet (gestützt auf die centralärztliche Statistik) durch *Seb. Christen-Kesselbach*, Besitzer des Curhauses „Bellevue“ in Andermatt.“ Ja so! Herr *Chr.* hat viel guten Willen, aber weder die nöthige literarische (grammatikalische und stylistische), noch fachwissenschaftliche Vorbildung. Er hätte sein gutes Material einem schreibegewandten und in der Climatologie erfahrenen ernsthaften Arzte zur Verwendung übergeben sollen. Dann wäre das allzu Dilettantenhafte der Schilderung, das marktschreierische Anpreisen weggefallen. Von der „centralärztlichen Statistik“ wird weiter kein Wort geredet. Nach einer von Dr. *Fassbind* (Gersau) aufgestellten Tabelle, die sich (aber nicht in „zehnjährigem Durchschnitt“, wie wiederholt versichert wird, sondern in dem ganz willkürlich herausgegriffenen Winter 1868/69) auf die Beobachtungen des eidg. meteorologischen Bureau stützt, soll Andermatt (Höhenlage des Urserenthales 1440—1600 M. ü. M., Andermatt 1445 M., Davos am Platz 1556 M. Ref.) durchschnittlich eine etwas höhere Temperatur, sowie, was wichtig ist, vom 1. Oct. bis 31. März nach „10jährigem Durchschnitt“ (?) jährlich 15 helle Tage mehr haben als Davos, ebenso bei perennirender Schneedecke nur 29 Tage mit Schneefall, Davos dagegen 43. „Aus diesen allgemeinen Mittelzahlen ergibt sich, dass man im Urserenthal, während des Sommers, wo drunten im Flachlande die Hitze oft schon fast überlästig auf den ganz normalen Menschen wirkt, eine prächtige, durch die hier herrschende Tageswärme sich ausgleichende Temperatur herrscht, und deshalb war Andermatt von jeher eine beliebte und gesuchte Sommerfrische“ (p. 4/5, zugleich als Stylprobe). Auch hat Andermatt 37 windstille Tage mehr als Davos, wo zudem NO und NW dreimal häufiger seien. Nebel im Winter fast absolut nicht. „Was Brustkranke unter dem Eindrucke dieser schleichenden Feinde zu leiden haben, wissen nur Diejenigen, welche dieselben umgeben.“ Sonnenaufgang im Winter Vormittags 10, Untergang 3 Uhr, Hochsommer 6 Uhr Morgens bis 6½ Uhr Abends.

Wald an den steilen Hängen: Nadelholz (aber keine Tannen, sondern wohl die dünnstehenden, wenig Schatten spendenden Arven und Lärchen, Ref.) und Erlen.

Ein ganz eminenter Vortheil ist der leichte Zutritt: von der Bahnstation Göschenen fährt der Curand bequem in 40 Minuten zum Gasthaus. Eine unsere Zeit so recht charakterisirende Uebersicht der „Dauer der Fahrt" nach Göschenen zeigt: von Luzern (dem „ewig frühlingsheiteren Vierwaldstätter-See" p. 7) 3 Stunden, Lugano $3^1/_2$, Zürich 4, Basel 6, Carlsruhe 10, Frankfurt a. M. 16, Cöln $21^1/_2$, Paris 12—14, Brüssel $16^1/_2$, Leipzig 26, Bremen, Hamburg, London, Wien 28, Berlin 31, Antwerpen 25, Kopenhagen 45, Stockholm, Petersburg 68 Stunden — ganz überraschend kurze Zeiträume.

Andermatt zählt 735 Einw., von welchen z. Z. 45 über 60, 30 über 70 und 15 über 80 Jahre alt sind. 1876 bis und mit 1880 starben 97 Personen, worunter Kinder unter einem Jahr 37, von 1—10 J. 23, 20—30 4 (worunter 3 Verbrannte), 30—50 6, 50—70 10, 70—80 12 und 80—90 5 — darunter nur 2 Pneumonien, sonst keinerlei Lungenkranke.

Das Curhaus Bellevue ist ganz vorzüglich für den Winter eingerichtet — sämmtliche Zimmer doppelt heizbar (Kamin und Kachelofen), 15 Fuss breite, 150 Fuss lange, heizbare Glasgallerie. Pension 7—10 Fr. Spaziergänge zu Fuss und zu Wagen (Schöllenen, Gotthard-, Furka- und Oberalpstrasse).

Der „Uebersichtsplan der Gotthardstrasse und Gotthardbahn von Silenen bis Andermatt" ist interessant. Die Hauptbeilage dagegen, die meteorologische Curventafel (vide oben), gezeichnet nach den officiellen schweizerischen meteorologischen Beobachtungen von Dr. *Fassbind* (Gersau), ist unvollkommen. Sie vergleicht Andermatt mit Davos (dessen Höhe mit 1650 M. um 100 Meter zu hoch angegeben ist). Die Temperaturencurve gibt jedoch nur die Morgen- und Mittagtemperatur und nicht das Tagesmittel aus d r e i · Messungen. Statt der 4 Curven hätten wir, da der Curtag ja nicht um 1 Uhr abschliesst, deshalb lieber 6, oder aber der Uebersichtlichkeit halber nur zwei, die der Tagesmittel, gesehen.

Die Abbildungen sind alle gut ausgeführt.

Ich hoffe, dass bei der Wichtigkeit der Sache die Brochure, resp. das Material recht bald umgearbeitet wird. Immerhin sind die gegebenen Daten ermuthigend und berechtigen zu Versuchen mit Wintercuren für jene Leiden, die überhaupt in diese Höhe passen.

A. Baader.

Der Uranismus.

Lösung eines mehrtausendjährigen Räthsels von *W. Bernhardi.* Berlin, 1882. Verlag der Volksbuchhandlung.

Verf. theilt in dem nur 28 S. enthaltenden Schriftchen seine Ansichten und Erfahrungen über Pædrastie und Pædrasten mit. Sollten sich dieselben auf Grund weiterer, besonders zahlreicherer Untersuchungen an Pædrasten als richtig herausstellen, so wäre damit allerdings eine hochwichtige forense und anthropologische Frage ihrer Lösung nahegerückt. Es ist sehr zu bedauern, dass Verf. die einschlägige psychiatrische und forense Literatur gar nicht benützt hat, sondern ausschliesslich seine, doch immerhin nur vereinzelten, Untersuchungen veröffentlicht. Aber selbst in dieser seiner Beschränkung bietet das Schriftchen dem Anthropologen, dem Criminalisten, dem gerichtlichen Arzte einen höchst beachtenswerthen Inhalt.

L. W.

Lugano.

Von Dr. *P. Cornils*, pract. Arzt in Lugano. Eine topogr.-climatol. und geschichtl. Skizze. Mit einem Beitrag von Prof. *Biraghi* über die geolog. Format. des Sottocenere. Basel, Benno Schwabe, 1882. 128 S.

Wenn je eine „Badeschrift" zeitgemäss war, so musste es diese sein. Nun, da die Gotthardbahn die Reise nach dem prächtigen Lugano so wesentlich vereinfacht hat, wird sich ganz gewiss die Frequenz — wir meinen das Zuströmen Leidender und Erholungsbedürftiger — ganz bedeutend heben. Ich habe jedoch das Büchlein aus der Hand gelegt, ohne befriedigt zu sein. Die erste Hälfte (Topographie, Clima, Indicationen S. 1—44) war willkommen und erfüllt ihren Zweck in befriedigender Weise, besser noch „die Umgend Lugano's" (48—71), ein sehr hübscher und brauchbarer Wegweiser. Aber über die Hauptsache, die Gelegenheit und Art zu wohnen, die Kosten etc., kurz über Gast-



höfe, Pensionen, Privatwohnungen, den Verkehr mit dem Publicum, das Mitzubringende, die Verschiedenheit der Lebensweise etc. finden wir nicht eine Sylbe. Und doch wären wir hiefür sehr dankbar gewesen und hätten dagegen gerne dem Herrn Verfasser die „kurze Geschichte des Cantons Tessin“ (71—125!), d. h. die trockene, von keinem höhern, weitsichtigen Gesichtspuncte aus geleitete Aufzählung speciellster Daten erlassen. Wir hoffen, dass eine II. Auflage diesem Uebelstande abhilft.

Die buchhändlerische Ausstattung ist sehr hübsch. *A. Baader.*

Ueber die Perforation der Blase durch Dermoidcystome des Ovariums.

Dissertation von Dr. *H. Wälle.* 1881.

Die Dissertation betrifft die Mittheilung eines im Cantonsspitale in St. Gallen auf der Abtheilung von Dr. *Kuhn* zur Beobachtung gekommenen Falles von Dermoidcyste des Ovariums mit Perforation in die Blase.

Aus einer ziemlich vollständigen Literaturangabe ist ersichtlich, dass Perforationen von Cysten in die Nachbarorgane zunächst durch Traumen, doch häufiger durch krankhafte Veränderungen in der Cyste selbst, sowohl bei einfachen Cysten mit serösem und colloidem Inhalt als auch bei Dermoidcysten vorkommen. Die Angaben über Abgang von Haaren und Zähnen aus der Blase, sowie das Vorfinden besagter Gegenstände als Kern von Blasensteinen sind auf Perforationen von Dermoidcysten in die Blase aufzufassen.

Für das Zustandekommen der Perforation sind Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, die zu Entzündung, Verklebung und Ulceration führen, von Wichtigkeit, ebenso die Reizung durch vorragende spitze Zähne.

Im fernern folgen die Symptome, Diagnose und Therapie besagter Affection, sowie die specielle Mittheilung des beobachteten Falles; die Dissertation ist ausgestattet mit zwei Lichtdrucktafeln aus dem Institute von Prof. *Winkel* in Dresden. Dr. *Dick.*

T. Spencer Wells' Carnet,

destiné à recevoir les observations sur les cas de Kystes de l'ovaire et les autres tumeurs abdominales. Genève, 1882.

Die Uebersetzung dieses bekannten *Spencer Wells*'schen Werkes durch Prof. *A. H. Vaucher* in Genf wird den Aerzten französischer Sprache, welche sich mit Gynæcologie befassen, eine willkommene Gabe sein. Für jede Patientin mit Abdominaltumor wird ein besonderes Heft gebraucht, in welchem nach einem Schema auf 12 Seiten alles Das eingetragen wird, was irgendwie anamnestisch und diagnostisch wissenswerth ist. In ähnlicher Weise werden auf den 13 folgenden Seiten die Operation, die Beschreibung des Tumors, die Nachbehandlung, die weiteren Schicksale des Patienten sammt dem etwaigen Sectionsbericht aufgeführt. Durch allgemeine Verwendung dieses sorgfältig ausgearbeiteten Schema's, das nun englisch, deutsch und französisch zu kaufen ist, wird eine geordnete und einheitliche Beobachtung aller Fälle von Unterleibstumoren ermöglicht und im Laufe der Zeit ein so werthvolles und brauchbares Material zu Monographien gesammelt werden, wie es wohl für keine andere Classe von Krankheiten existirt. *Oeri.*

Augenheilanstalt in Basel.

Achtzehnter Jahresbericht vom 1. Januar 1881 bis 1. Januar 1882, im Auftrage des Comité's veröffentlicht von Prof. Dr. *Schiess-Gemuseus.* Basel, 1882.

In dieser hauptsächlich aus Privatmitteln gegründeten und unterhaltenen Anstalt, wodurch auch diese den englischen und amerikanischen Hospitälern sehr nahe steht, wurden im Jahre 1881 445 (421 neue) Anstalts- und 1587 poliklinische Kranke behandelt, und 225 Operationen ausgeführt; darunter 84 an der Linse, d. i. 63 gewöhnliche Extractionen (60 mit gutem, 2 mit theilweisem, 1 ohne Erfolg), 1 Extraction mit der Capsel (mit gutem Erfolg) etc. Wie gewohnt, folgt eine Anzahl lehrreicher Krankengeschichten, welche allerdings hauptsächlich für den Specialisten werthvoll sind, und unter welchen wir daher hier nur kurz nennen eine Conjunctivitis crouposa o. a. bei hartnäckigem Eczema faciei, bei einem 5 Monate alten Kinde, nach den bisherigen Erfahrungen eine in dieser Combination ungemein gefährliche Erkrankung, welcher in diesem Falle ein Auge zum Opfer fiel; einen Fall von Hypopyon-Keratitis o. s. an einem 20 Monate alten Kinde mit wahrscheinlich congenitaler, bleibender

Anästhesie der linken Cornea und Bulbärconjunctiva, in Zusammenhang vielleicht mit mangelhafter linksseitiger Schädelentwicklung; eine metastatische Iridocyclitis nach Parotitis epidemica; die Extraction von 2 und 4 mm. langen Eisensplittern mittels des Electromagneten; eine spontan (?) entstandene totale Cataracte, welche sich ebenso spontan innerhalb 4 Monaten resorbirte; eine multiple Augenmuskellähmung beider Augen, den N. Oculomotorius und Trochlearis betreffend, welche in die centrale Kernsphäre jener Nerven verlegt wurde und nach ca. 3 Monaten durch Schmiercur und Jodkali beinahe geheilt war.

Emmert.

Ueber Verletzungen des Kopfes und der Glieder der Kinder durch den Geburtsact selbst und durch Einwirkung äusserer Gewalt auf den Unterleib der Mutter während der Schwangerschaft und deren gerichtsärztliche Bedeutung.

Von Dr. *Sigmund Rembold.* 1881.

Veranlasst durch den von *Kunze* gemachten Ausspruch, als seien die Quetschungen der Weichtheile des kindlichen Kopfes und das caput succedaneum als für das kindliche Leben ungefährliche Ereignisse von keiner forensischen Bedeutung und kämen in der gerichtlichen Medicin erst die wirklichen Knochenbrüche und zwar die der Schädelknochen in Betracht, fühlt sich der Verfasser angeregt, diesem Grundsatze entgegen zu treten und durch eine vollständige Darstellung der wichtigsten durch den Geburtsact herbeigeführten Verletzungen, sowohl des Kopfes als der Glieder des Kindes, zu beweisen, dass die genaue Kenntniss und Berücksichtigung auch geringfügiger Läsionen dem Gerichtsarzte wichtig sein können.

1) Verletzungen der äussern Weichtheile des Schädels des Kindes durch den Geburtsact.

Auch bei der leichtesten Geburt findet man meistens Zeichen von Quetschung; wie seröse Transsudation, Ecchymosen, Blutinfiltrate und Extravasate in dem Theile der Frucht, der vorgelegen hat; ja sogar eigentliche Cephalämatome werden beobachtet.

Eine eigentliche Kopfgeschwulst, resp. Kindestheilgeschwulst hingegen lässt sich immer auf einen höhern Grad von Druck und Widerstand seitens des Beckens und der Weichtheile beziehen. Bei Lage und Stellungswechsel während der Geburt kommen an verschiedenen Stellen des Kopfes, ja sogar an verschiedenen Gliedern zugleich Anschwellungen zur Beobachtung.

Eine andere, seltenere Verletzung sind die Druckstellen und Druckstreifen an ein oder mehreren Stellen des Kopfes bei mechanischem Missverhältniss zwischen Kopf und Becken; forensisch wichtig zu wissen ist, dass solche Läsionen auch bei rasch erfolgenden Geburten vorkommen.

Der Ansicht von *Tardieu*, als seien die subpericraniellen Blutergüsse mit den subpleuralen und subpericardialen zusammen als Zeichen von stattgehabter Suffocation aufzufassen, tritt der Verfasser, dem auch *Liman* beistimmt, entgegen, da besagte Veränderungen vorkommen, wo von Erstickung keine Rede ist.

Kindestheilgeschwulst und Blutergüsse beweisen immer, dass das Kind während der Geburt, aber nicht nothwendiger Weise nach der Geburt, gelebt haben muss.

2) Verletzungen der Schädelknochen der Kinder durch den Geburtsact.

Die Ursache derartiger Verletzungen liegt in mechanischen Missverhältnissen zwischen Kopf und Becken, also namentlich bei Beckenverengerungen; doch kommen auch in Betracht fehlerhafte Stellungen und Haltungen des Kopfes bei der Geburt. Forensisch wichtig zu wissen ist, dass sogar bei normalen räumlichen Verhältnissen und rasch erfolgter Geburt Schädelverletzungen beobachtet worden sind.

Man beobachtet bei derartigen Verletzungen die sogenannte rinnenförmige Einbiegung, die löffelförmigen Eindrücke und die Fractur.

Bei forensischen Beurtheilungen hat man sich in Acht zu nehmen vor angeborenen Knochenspalten. Schwierig ist oft die Entscheidung, ob Fracturen an einem Kinde mit fötalen Lungen durch die Geburt entstanden oder am todten Kinde nach der Geburt erzeugt wurden.

3) Verletzungen der innern Schädelorgane durch den Geburtsact selbst.

Auch ohne Verletzung der Schädelkapsel entstehen durch Blutstauung, Berstung und Zerreissung von Gefässen Hyperämien und Hämorrhagien in der Schädelhöhle, die schon während der Geburt oder dann nachher den Tod herbeiführen können.

4) Verletzungen der Glieder des Kindes durch den Geburtsact selbst.

Derartige Läsionen sind als sehr selten zu bezeichnen, doch ist in forensischen Fällen bei Anklage auf Kunstfehler ihre Möglichkeit nicht zu vergessen.

5) Verletzungen von Kopf und Gliedern des Kindes durch Einwirkungen äusserer Gewalt auf den Unterleib der Mutter während der Schwangerschaft.

Verletzungen durch penetrirende Wunden sind selbstverständlich.

Einwirkung stumpfer Gewalt kann durch Erschütterung und Lösung der Placenta den Tod des Kindes herbeiführen.

So häufig auch wirkliche Schädelverletzungen angezweifelt werden, so sind doch bestimmte Fälle beobachtet worden, sowie auch Verletzungen von Extremitäten. Erfolgt die Geburt nicht sofort auf die Verletzung hin, so findet man secundäre Veränderungen an den Knochen, Callusbildung.

Zum Schluss folgt eine Zusammenstellung von hierher gehörenden Fällen.

Dr. *R. Dick.*

Ueber Gastroscopie und Oesophagoscopie.

Von Dr. *J. Mikulicz.* Wien, 1881. (Sep.-Abdr. a. d. Wiener med. Presse 1881.)

Nachdem von Dr. *Nitze* und Instrumentenmacher *Leiter* schon vor mehreren Jahren Instrumente construirt worden waren, welche erlaubten, Harnröhre und Blase mit dem electrischen Licht (unter Kühlhalten des Rohres durch einen continuirlichen Wasserstrom) zum Zwecke der endoscopischen Untersuchung zu beleuchten, schien es nicht allzu schwierig, dieselben Principien auch für Speiseröhre und Magen nutzbar zu machen. Aber schon *Nitze-Leiter* hatten dies versucht, ohne dass es ihnen gelungen wäre, ein brauchbares Instrument zu liefern. Von *Leiter* aufgefordert, machte sich nun *M.* an die Aufgabe, und aus seiner Broschüre ersehen wir, wie gross, wie complicirt und in gewissen Stadien oft anscheinend unüberwindlich die Schwierigkeiten sich ihm entgegen stellten. Um nur Einiges zu erwähnen, musste das Instrument so geformt sein, dass es sich bis in die Tiefe des Magens einführen und dort nach verschiedenen Seiten bewegen liess; es musste der Biegung der Brustwirbelsäule folgen können und doch starr, nicht biegsam sein; der optische Apparat durfte nicht zu complicirt werden, um die Bilder nicht zu schwächen und zu verundeutlichen; die ununterbrochene Strom- und Wasserleitung musste gesichert und dabei doch ein genügendes Lumen für die Lichtstrahlen und zur allfälligen Einführung von Instrumenten offen bleiben; das Fenster, aus dem man den Magen betrachtet, musste nach Einführung des Instrumentes absolut rein sein, und — was den Magen selbst betrifft — so musste derselbe rein ausgewaschen und nur mit einem durchsichtigen Medium — entweder Wasser oder Luft — angefüllt sein. Letzteres erwies sich als zweckmässiger und so musste die Einrichtung getroffen werden, dass nach Ausspülung des Magens und Auspumpen aller Flüssigkeit durch das Instrument der Magen mit Luft vollgepumpt werden konnte. Nach zahlreichen Leichenversuchen ergab es sich dann ferner, dass für die Untersuchung am Lebenden die Seitenlage mit etwas nach abwärts geneigtem Gesicht unter Zuhülfenahme einer Morphiumeinspritzung das Vortheilhafteste sei.

Von den Ergebnissen über das normale Verhalten von Speiseröhre und Magen (wozu 2 verschiedene Instrumente, Oesophagoscop und Gastroscop, benützt werden müssen), zu denen *M.* bis jetzt gelangt ist, überrascht uns unter Anderm die Thatsache, dass der Eingang der Speiseröhre in der Höhe des Ringknorpels fest verschlossen ist, zum Theil durch Druck dieses Knorpels, namentlich aber durch den Constrictor pharyngis inferior, der sphincterartig den Eingang vollkommen absperrt, — dass dann aber im ganzen Brusttheil der Oesophagus sich als ein durchaus offener Canal präsentirt (gleichsam ein weithin offenes Rohr), und dass selbst an der Cardia jeder musculäre Widerstand fehlt. Der Uebergang von der Speiseröhre in den Magen scheint ein vollkommen offener zu sein, so

wenigstens, dass der in Ruhe befindliche Magen gegen den Oesophagus nicht abgeschlossen ist, dass sich dagegen der contrahirte Magen durch eine ventilartige Vorrichtung oder durch Muskelwirkung an der Cardia abschliesst.

Ein kurzer Bericht über 6 von *M.* untersuchte pathologische Fälle zeigt uns, ein wie wichtiges diagnostisches Hülfsmittel sein Instrument jetzt schon ist (ohne Zweifel ist es noch der Entwicklung fähig), so dass es Fälle zu enträthseln im Stande war, die bis jetzt sich als der Diagnose unzugänglich erwiesen (Compression des Oesophagus durch ein Aneurysma der Aorta descendens).

Wir gelangen schliesslich zu der Ueberzeugung, dass *M.*'s Erfindung in der Hand desjenigen Arztes, der damit umzugehen und zu sehen gelernt hat (eine Uebung, die ja beim Ophthalmoscop, beim Laryngoscop u. s. f. auch in hohem Grade erforderlich ist), ein sehr brauchbares Untersuchungsmittel sein wird, für das eine besondere Dressur der Patienten in der Regel durchaus nicht nöthig ist. Für die Physiologie von Magen und Speiseröhre sowohl, als namentlich auch für die Pathologie dieser Organe werden wir gewiss davon eine Reihe wichtiger Aufschlüsse erwarten dürfen. *Muralt.*

Ueber eine bisher nicht gekannte wichtige Einrichtung des menschlichen Organismus.

Von Prof. *J. Sommerbrodt* in Breslau.

Im Anschluss an eine in der „Zeitschrift für klinische Medicin", Band II, Heft 3, veröffentlichte Arbeit über „die reflectorischen Beziehungen zwischen Lunge, Herz und Gefässen" bespricht Verf. nochmals kurz den Gang seiner sphygmographischen Untersuchungen, geht aber vorzugsweise auf die aus seinen neu gewonnenen Resultaten sich ergebenden Consequenzen ein. Es handelt sich bei seinen Untersuchungen um den Einfluss gesteigerten intrabronchialen Druckes auf Blutbewegung und Blutdruck. Seine sphygmographischen Curven ergaben zunächst in Uebereinstimmung mit den Versuchen *Hering*'s, beim *Valsalva*'schen Versuch und bei Inhalation comprimirter Luft vermehrte Pulsfrequenz und Entspannung der Gefässwand — Dicrotie des Pulses — während des Experimentes. Unmittelbar nach den Versuchen aber fand er kurze Zeit Zeichen gesteigerten Blutdrucks — wohl zu erklären aus Ueberfluthung des Herzens mit dem während der Dauer der bronchialen Drucksteigerung zurückgestauten venösen Blute. Auffallend war aber, dass oft während der Experimente der Blutdruck ganz plötzlich sank, trotz nur allmäliger Steigerung des intrabronchialen Druckes und etwaiger venöser Stauung. Es war also möglich, dass ausser venöser Stauung noch eine andere unbekannte Ursache der Erniedrigung des Blutdrucks vorhanden war, ersteres Moment musste also möglichst ausgeschaltet werden bei den Experimenten.

Besonders geeignet erwies sich Intonation eines Falset-Tones oder laute Declamation, wobei zwar der intrabronchiale Druck erheblich gesteigert wird, die venöse Stauung aber weit geringer ist als bei obigen Experimenten. Trotzdem dasselbe sphygmographische Resultat: sofort nach Intonation des Falset-Tones tritt Dicrotie des Pulses ein, die bald die höchsten Grade erreicht, dabei vermehrte Pulsfrequenz bis auf's Doppelte. Immerhin war das Moment venöser Stauung, welches das Sinken des Blutdrucks etwa erklären könnte, noch nicht ganz ausgeschlossen. Wohl aber geschah dies, wenn er die Untersuchten 4—5 Mal in 5 Secunden tief ein- und ausathmen liess, wobei wohl der intrabronchiale Druck stieg, aber durch die tiefen Inspirationen venöser Stauung entgegengewirkt wurde, zudem nahm er die sphygmographische Curve unmittelbar nach dem Versuche bei wieder ruhiger Athmung auf. Auch hier wieder das gleiche Resultat, welches den Verf. zu dem Satze führte:

„Bei jeder intrabronchialen Drucksteigerung mit oder ohne venöser Stauung tritt am Circulationsapparat in Erscheinung:

1) Entspannung der Gefässwand,

2) Beschleunigung der Herzaction."

Letztere ist nach *Hering*'s Untersuchungen reflectorische Folge der Reizung sensibler Lungennerven, erstere führt Verf. durch Analogie, Schluss und Ausschluss anderer Möglichkeiten auf reflectorische Verminderung des Tonus der Vasomotoren zurück.

Diese combinirte Reflexwirkung bei intrabronchialer Drucksteigerung — Erweiterung der Blutbahn und Vermehrung der Pulsfrequenz — beides proportional der Stärke und

Dauer des Bronchialdrucks, ist „die bisher nicht gekannte Einrichtung des menschlichen Organismus".

Uebergehend zur physiologischen Bedeutung dieser Einrichtung kommt Verf. zu folgenden Sätzen:

1) dient sie zur rascheren Blutversorgung der thätigen Muskeln, indem die dabei vertiefte Athmung den intrabronchialen Druck steigert und die combinirte Reflexwirkung auslöst;

2) fördert sie die Ausscheidung der Verbrauchsstoffe durch die Nieren, indem auf demselben Wege Beschleunigung des Blutumlaufs erzielt wird, womit ja nach *Heidenhain*'s Untersuchungen die Drüsenthätigkeit parallel geht;

3) ist sie eine sehr wirksame Regulation für die Körperwärme bei Muskelaction, indem direct infolge vasomotorischen Reflexes die peripheren Gefässe erweitert werden und durch die vermehrte Stromgeschwindigkeit Abkühlung möglich wird;

4) setzt sie einen Schutz gegen Rückstoss venösen Stauungsblutes: die durch intrabronchialen brüsken Druck bewirkte venöse Stauung wird übercompensirt durch die durch eben denselben Druck bewirkte Entspannung der Gefässwände und Pulsbeschleunigungen.

Diese Reflexwirkung kann allerdings bei seltener Benützung, so im Alter, wo venöse Stauungen viel lästiger werden, „einrosten"; ja sie kann auch gewisse Gefahren bringen bei einseitiger Wirkung, so im Alter bei rigiden Arterien, wo Entspannung der Gefässe nicht möglich ist, wohl aber die Pulsbeschleunigung eintritt und so beim Pressen Ruptur entstehen kann.

Hygieinische Schlussfolgerungen aus obigen Thatsachen sind, dass Schreien, Lachen (zumal bei Kindern), Singen, Rudern, Bergsteigen etc. als kreislaufsbefördernde und die Nierenthätigkeit anregende Momente eine wichtige physiologische Rolle spielen.

Schliesslich bespricht Verf. noch die Theorie der Wirkung der comprimirten Luft auf die Circulation. Ihr wichtigster Nutzen besteht nach ihm auch wieder in Beschleunigung der Pulsfrequenz und Verminderung des vasomotorischen Tonus, also Beschleunigung des Blutstroms. Es werden also künftig nach seiner Ueberzeugung die Indicationen für Inhalation comprimirter Luft präciser und theilweise unter andern therapeutischen Gesichtspuncten zu stellen sein. Dr. *L. Rütimeyer.*

Cantonale Correspondenzen.

Tessin. Die Aerzte der Bezirke Locarno und Vallemaggia haben sich endlich zu einem **ärztlichen Vereine** constituirt. Derselbe hat allen Collegen des Cantons Tessin ein Circular zugesandt, welches von dem Präsidenten Dr. *P. Pellanda* und dem Secretär Dr. *P. Pedrazzini* unterzeichnet ist, und in welchem sie aufgefordert werden, ihre Beipflichtung schriftlich einzusenden und zu erklären, ob sie gesonnen sind, sich später zu versammeln, um ihre wissenschaftlichen und materiellen Interessen zu besprechen.

Man muss sich nicht verhehlen, dass man auf grosse Schwierigkeiten stossen wird, aber viribus unitis wird es hoffentlich gelingen, die zerstreuten Collegen in einem Bunde zu vereinigen und dem tief gefühlten Bedürfnisse für die Ehre und die Vortheile unseres Standes sowohl, als auch für das allgemeine Wohl nachzukommen.

Es wird für mich ein freudiger Tag sein derjenige, an welchem ich Ihnen die Gründung eines cantonalen tessinischen ärztlichen Vereines werde mittheilen können.

Unsere Stadt bietet gegenwärtig ein ungewohntes, äusserst malerisches Bild dar. Der ganze Quai und die Riva sind vom Ceresio überschwemmt, und der See ist bis in einige Strassen vorgedrungen. Es mussten in aller Eile provisorische hölzerne Brücken hergestellt werden. Zum Glück ist der Austritt unseres Sees von geringen Nachtheilen begleitet, und in wenigen Tagen, wenn dieses herrliche Wetter fortdauert, wird der schönste Spaziergang Lugano's wieder dem Verkehr übergeben werden können.

Der Fremdenstrom nach Lugano ist immer noch ein gewaltiger. Auch die Zahl der Curgäste, welche bis jetzt aus der Schweiz und aus Deutschland angekommen, ist sehr beträchtlich. Die meisten möchten den ganzen Winter hier bleiben; sollte das nicht möglich sein, so können sie dann immer in einem halben Tage mit einem Schnellzuge

der Gotthardbahn über Mailand oder den Langensee an irgend einen Punct der Riviera gelangen, und dieses ist auch ein nicht zu unterschätzender Vortheil Lugano's.

Der Zustand unserer Reben erlaubt auch dieses Jahr, sehr gute Traubencuren machen zu können.

Lugano, 22. September 1882. Dr. *Gio. Reali.*

Wir begrüssen die Gründung dieses ersten tessinischen Aerztevereines freudig und hoffen zuversichtlich, dass es mit der Zeit gelingen wird, auch einen cantonalen Verband zu Stande zu bringen. Auf diesem Wege werden dann auch unsere wackern Tessiner Collegen dem ärztlichen Centralverein und der Société médicale de la Suisse romande näher treten, um vereint mit uns an der Vertretung unserer ärztlichen Aufgaben und unseres Standes vor Behörden und Volk Theil zu nehmen.

Wir machen die Collegen, die sich um Lugano, dessen medicinische Zukunft einen gewaltigen Aufschwung nehmen wird, auf die Brochure aufmerksam, die von Dr. *Cornils* über Lugano bei B. Schwabe in Basel erschienen ist. Redact.

Zürich. Nachklänge zur Würzburgerfeier. Das „Olim meminisse juvabit" hatte namentlich für die Würzburger aus frühern Decennien einen besondern Reiz, obschon das Sichwiedersehen der alten Häuser, welche keinen Lebensverbindungen angehörten, manchen Besucher enttäuschte. Die Zahl der Festtheilnehmer war eine so colossale, dass sich viele alte Jugendfreunde nicht finden konnten, und doch gegenseitig von ihrer Anwesenheit Kenntniss hatten.

Wir Schweizer waren selten in grösserer Zahl beisammen, und dann meist nur ganz vorübergehend; man verlor sich im Festgewühle und hatte bei den allgemeinen Festlichkeiten überhaupt Mühe, sich Platz zu behaupten.

Den Wenigen von uns, denen es vergönnt war, an Prof. Dr. *Kölliker*'s Frühschoppen in der alten Anatomie Theil zu nehmen, wird dieser nicht officielle Act als der Glanzpunct des Festes unvergesslich in Erinnerung bleiben. *Kölliker* ehrte dadurch seine frühern und jetzigen Collegen, Freunde und Schüler in herzlichster und sinnigster Weise. Seine vollzählig anwesende Familie wetteiferte in Liebenswürdigkeiten gegen die Gäste, unter denen auch die höchsten Spitzen des Festes, so z. B. der bayrische Cultusminister, der Rector Magnificus, ausländische Gelehrte und Würdenträger anwesend waren, wie *Henle, Virchow, Clausius, Zenker*, Gelehrte aus England, Scandinavien, Holland u. A. m. Ferner waren auch mehrere distinguirte Damen gegenwärtig, welche diesen Festact noch würdevoller machten.

Zur Orientirung für Jüngere diene die Bemerkung, dass ungefähr bis zur Mitte der fünfziger Jahre der ehemalige Gartenpavillon des Juliusspitals als Anatomie diente, alsdann wurde ein neues Gebäude bezogen, das hinter dem Spitale und vor dem botanischen Garten gelegen ist. In allerneuester Zeit genügte auch diese sogen. neue Anatomie den jetzigen Anforderungen nicht mehr, so dass ein ganz neues prachtvolles und grossartiges Anatomiegebäude erstellt wurde, und schon nächstes Jahr bezogen werden kann; es ist im Rohbau vollendet und weist die zweckmässigsten Neuerungen auf. In der ehemaligen, ältesten Anatomie, die jetzt wieder ist, was sie früher war, ein Gartenpavillon im Roccocostyl, wurde der Frühschoppen von *Kölliker* kredenzt, und vorher Einsicht der neuern und neuesten Anatomie genommen, wo schöne Präparate demonstrirt wurden.

Nachdem die Mehrzahl der Theilnehmer eingetreten war, und mannigfache gegenseitige Vorstellungen stattgefunden, eröffnete *His* (nebst *Braune* aus Leipzig *Kölliker*'s Gast) die Reihe der Toaste auf den liebenswürdigen Wirth, der mit seinem schönen Silberhaar noch so jugendfrisch aussieht, und namentlich eine seltene Geistesfrische bewahrt hat. Ich übergehe den sinnigen Toast unseres *Forel* in französischer Sprache und den launigen von Prof. *Zenker* aus Erlangen, und erwähne blos der Reden *Kölliker*'s und *Virchow*'s, als der eigenartigsten. *Kölliker* sagte, kurz zusammengefasst, ungefähr Folgendes: „Ich heisse meine Gäste von Fern und Nah in dem lichten Raume herzlich willkommen! Wo jetzt an Wänden und Decken Musen und Charitinnen lächeln und grüne Zierbäume Duft verbreiten, sah es vor circa 35 Jahren ganz anders aus. Der Saal war in mehrere düstere Räume abgetheilt, und eine hässliche Holzdecke verbarg den hübschen Plafond. Hier war der Hörsaal für normale und pathologische Anatomie, je ein Arbeitszimmer für mich und *Virchow*, und nach hinten im Hofe waren die angeflickten Räumlichkeiten für Präparirübungen und Sectionen, dazwischen ein Froschteich für die Physiologie. Erlauben

Sie mir, in kurzen Zügen einen Theil der Geschichte meiner Laufbahn als Professor der Anatomie, Histologie und Physiologie Ihnen in Erinnerung zu bringen.

„Ich war in der Mitte der Vierziger Jahre in Zürich Extraordinarius und hatte weder genügendes Material zu meinen Studien, noch Anregung von Collegen, noch Protection von den maassgebenden Behörden. Es war im August 1847, als ich früh Morgens von meinem jetzigen, mir damals noch unbekannten Collegen, Prof. *Rineker*, dem die Würzburger Universität so Vieles zu verdanken hat, besucht wurde, und während einer reizenden Dampfbootfahrt auf dem Zürichsee eröffnete mir derselbe in vertraulichem Gespräche die Aussicht auf meine Berufung an die Universität Würzburg. Das Cultusministerium arbeitete damals nicht so prompt wie heutzutage (dabei wendete sich *K.* gegen Minister *von Lutz*), indem es beinahe ein Jahr dauerte, bis meine Wahl als Professor perfect wurde. Meine eigene Heimath, die bekanntlich ein Schweizer nur ungern verlässt, bot mir keine Hülfsmittel, der Würzburgergehalt von fl. 1600 p. a. war auch nicht das Verlockende, sondern blos die Vorahnung eines erspriesslicheren wissenschaftlichen Schaffens und Lehrens. In W. angekommen, fand ich die Verhältnisse traurig; beinahe trostlos, und mir nahestehende Collegen, die auf der Anatomie mit mir Platz und Material theilen mussten, kamen mir nichts weniger als freundlich entgegen. Doch darf ich ohne Selbstüberhebung sagen, dass ich tüchtig arbeitete, mit Secirmesser und Microscop fleissig hantirte, dass mancher Frosch und Kanikel, manches Seeungethüm geopfert wurde, um einem Kreis von strebsamen fleissigen Schülern und selbst in Jahren schon vorgerückten Collegen solide Kenntnisse verschaffen zu können. Welch' ein Unterschied gegen Zürich, wo ich circa 5 Zuhörer hatte, gegen 60—80 in Würzburg; ja das animirt und lohnt reichlich die zeitraubenden Vorbereitungen, Präparate und Zeichnungen. Microscopische Curse waren damals neu und in Deutschland vielleicht einzig in Würzburg. Noch mehr Anregung und noch grössere Frequenz brachte unsern Instituten die Ankunft meines Freundes und Collegen *Virchow*, der von Jahr zu Jahr mehr zog und gerade in diesen Räumen gewiss seine wichtigsten Errungenschaften der pathologischen Anatomie und pathologischen Histologie, die als Cellularpathologie jetzt Gemeingut aller Aerzte geworden, zu Tage gefördert hat. Von Jahr zu Jahr mehrten sich die Schüler und oft fasste der Hörsaal kaum die Studirenden bei *Virchow*, so dass bei geöffnetem Fenster da draussen eine grosse Zahl seinen begeisterten Worten lauschten. Noch kann ich nicht umhin, meiner treuen Mitarbeiter *Heinr. Müller* und *Leidig* zu erwähnen, von denen der Erstere leider zu früh in's Grab sank, aber dessen Name durch die Arbeit über Knochenbildung, Eiterbildung und die pathologische Anatomie des Auges unsterblich bleibt (Wittwe und Kinder *Müller*'s waren anwesend). Ebenso gedenke ich in tiefster Ehrfurcht und Dankbarkeit meines frühern Lehrers und Collegen *Henle*, der jetzt anwesend, und dem ich, als dem Nestor der Anatomie, mein Hoch bringe!"

Nun erhob sich *Virchow*, und sprach animirt ebenfalls in längerer Ansprache ungefähr Folgendes: „Ich muss mich gegen einige Anführungen *Kölliker*'s verwahren, obschon ich nicht gewöhnt bin, mein Licht unter den Scheffel zu stellen, denn ich habe oft und viel gegen Widerwärtigkeiten ankämpfen müssen. Die Zustände der Würzburger Anatomie waren allerdings noch in den Jahren 1850—1858 sehr traurige, und ich freue mich über den jetzigen Stand des Locales gegen damals, da Licht und Raum mangelten. Viele der Anwesenden erinnern sich noch eines düstern Raumes zwischen dem Catheter und der Thüre, also nach rückwärts, der schon bei meiner Ankunft die charakteristische Benennung „Kaffee Kölliker" trug, denn der Wirth des Hôtel de Russie, bei dem ich abstieg, theilte mir mit, er werde meine Antrittsvorlesung vom „Kaffee Kölliker" aus mit anhören, was mir damals noch unverständlich war. In vielen Dingen ist mir *K.* wirklich noch Lehrer gewesen, — („Na! na!" interpellirte *Kölliker* mit drohend aufgehobenem Finger), — und ich verdanke ihm aus jener glücklichen Zeit des Schaffens und Forschens gar Vieles. Obschon jetzt in Würzburg und bei mir zu Hause alle Räume und Einrichtungen grossartiger sind, gestehe ich doch, dass ich damals bei sehr beschränktem Platze Alles handlicher und naheliegender fand, und noch concentrirter arbeiten und lehren konnte, als bei grössern Localen, weil räumliche Ausdehnung mehr Mühe und Zeitaufwand erfordert. Mit Vergnügen und höchster Befriedigung blicke ich auf jene Zeit zurück, da ein Kreis begabter Schüler uns umgab, von denen Manche treffliche Arbeiten geliefert haben und als Männer der Wissenschaft und academische Lehrer Zierden der Universitäten gewor-

den sind und freue mich, dass mehrere davon, hier anwesend, uns die Hand gedrückt haben. Schon vor uns ward in W. der Grund gelegt zu den localisirten pathologisch-anatomischen Processen der Erkrankungen. So z. B. hatte doch schon *Schönlein* seine bahnbrechenden Anschauungen hier gelehrt, und der ältere *Siebold* als topographischer Chirurg der solidarpathologischen Localisation den Grund zu unsern Arbeiten und Principien gelegt, welche die anatomische Grundlage als die einzig richtige Führerin für die klinischen Erfahrungen beanspruchen darf."

Noch manch' andere, ernste und heitere Erinnerung wurde aufgefrischt, abwechselnd mit fröhlicher Plauderei und zwangloser Unterhaltung, so dass der liebenswürdige Wirth und die respectable Gesellschaft von Gelehrten, Aerzten und deren Jüngern in dem sozusagen classisch gewordenen Locale, bei reichlich gespendeten, aus den charakteristischen Bocksbeutelflaschen fliessenden Leistenweinen in die fröhlichste Stimmung geriethen, und sich hier ein kleines Stück Geschichte der Anatomie und Pathologie, für die Theilnehmer unvergesslich, abgespielt hat! *G.*

Jubiläumsspenden. Durch nachträgliche Zusendung haben sich die Einnahmen so abgeändert, dass nun aus der Waadt 10 Gaben mit 135 Fr. und aus Neuchâtel 3 Gaben mit 45 Fr. (30 von der Société médicale neuchâteloise), im Ganzen 1347 Fr. eingegangen sind, so dass ein Baarsaldo von Fr. 88. 50 bleibt, welcher nach Abzug der Kosten für die hectographirten Endrechnungen — in Abänderung der frühern Mittheilung — der projectirten schweizerischen ärztlichen Hülfscasse einverleibt wird. Vivant sequentes!

A. B.

Wochenbericht.

Schweiz.

— **Militärimpfung.** Gegenüber tendenziös unrichtigen Mittheilungen, welche über diese Frage namentlich von Basler Blättern unter officiöser Flagge veröffentlicht werden, diene folgende Darlegung des Sachverhaltes.

Unter'm 26. August erhielt der Oberfeldarzt vom Militärdepartement die Einladung, einen Antrag vorzulegen, in welcher Weise der Bundesrathsbeschluss betr. das Impfen der Recruten zu modificiren sei, da nach dem Volksentscheid vom 30. Juli die damals getroffenen Maassnahmen sich nicht aufrecht erhalten lassen.

Der Oberfeldarzt erörterte diese Frage in einem einlässlichen Gutachten vom 31. August, dessen Veröffentlichung in extenso vom Militärdepartement als zur Zeit nicht im Interesse der Sache liegend erachtet wurde.

Er legte zunächst dar, dass die gegenwärtigen Vorschriften in manchem Punct unzweckmässig sind, und dass mit dem Vorschlag zu Verbesserungen nur auf das Epidemiengesetz gewartet worden war.

Die Ansicht, dass mit dem Fall des Epidemiengesetzes auch der Militärimpfzwang dahinzufallen habe, wurde als total unhaltbar nachgewiesen. Der Bundesrath ist 1882 ebenso gut competent, in Sachen zu verfügen, als 1871 und seither, und wegen des Art. 4, welcher diese Competenz regeln sollte, ist das Epidemiengesetz jedenfalls nicht verworfen worden.

Die Einrede, man könne bei Blatterngefahr die abgeschaffte Militärimpfung immer noch wieder einführen, bezw. nachholen, wurde durch den Nachweis widerlegt, dass man unter den allergünstigsten Umständen, wie sie sich im Felde eben niemals finden werden, mindestens 36 Tage brauchen würde, um nur eine einzige Division zu revacciniren.

Es müsste daher geradezu als eine Gewissenlosigkeit bezeichnet werden, wenn man trotz Kenntniss dieser Verhältnisse leichten Herzens sich dabei beruhigte, man könne ja die Impfung der Armee beim Ausbruch der Blattern während einer Truppenaufstellung immer noch befehlen. Die Bundesregierung thue daher nur ihre Pflicht, wenn sie an der Militärimpfung mit aller Entschiedenheit festhalte.

Immerhin sei dieser Anlass zu benützen, um die Militärimpfung in rationellerer Weise ein- und durchzuführen als bisher und dadurch den Hauptheil der gegen dieselbe erhobenen Beschwerden zum Schweigen zu bringen. Speciell wird vorgeschlagen:

1) Fallenlassen der Vorschrift, dass sich die Stellungspflichtigen schon vor der Aushebung wiederimpfen zu lassen haben. Vielerorts geschehen diese Revaccinationen mit conservirter, für diesen Zweck ungeeigneter Lymphe; sie verschaffen daher zwar einen Impfschein, aber einen vielfach nur illusorischen Impfschutz. Auch ist der Bund schwerlich mehr berechtigt, den Impfzwang auch auf die Ersatzpflichtigen auszudehnen.

2) Gratisimpfung aller Recruten und zwar im Anfang der Recrutenschulen und auf möglichst zuverlässige Weise.

3) Nichtanerkennung einer Entschädigungspflicht für Blatternfälle und deren Folgen bei Solchen, welche sich nicht darüber ausweisen können, dass sie den während ihrer Dienstzeit zu Recht bestehenden Vorschriften über Revaccination nachgekommen sind.

Trotz diesem Gutachten beantragte das Militärdepartement beim Bundesrath Fallenlassen der Militärrevaccination; der Bundesrath hat aber in seiner Sitzung vom 12. Sept. diesen Antrag abgelehnt.

Dass von gewisser Seite alle Hebel in Bewegung gesetzt werden, um den Bundesrath auf andere Wege zu drängen, ist selbstverständlich.

Wie man vernimmt, soll das Militärdepartement die Ansicht einer Reihe von Schulcommandanten in dieser sanitarischen Frage einholen. Obschon wir noch nie davon gehört haben, dass man über Geschütze, Pferdegeschirre oder dergl. die Sanitätsoffiziere zu Gutachten veranlasst hat, ist gegen das Einholen dieser Ansichten weiter nichts einzuwenden, vorausgesetzt einerseits, dass man diesen Offizieren die Ansicht des Oberfeldarztes und deren Begründung mittheilt, und dass man diese „Gutachten" nicht der obern Behörde vorlegt, bevor dem Oberfeldarzt Gelegenheit geboten wurde, sich darüber auszusprechen. *Z.*

— **Tracheotomie.** Wir haben nicht unterlassen, in unserm Referate über die Studie des Herrn Collegen *Rouge* ausdrücklich das Wegbleiben unserer eigenen Reflexionen zu betonen. In Nr. 9 der „Revue médicale", die uns leider durch Abwesenheit zu spät zukam, antwortet nun Prof. Dr. *L. Revilliod* und nimmt die Nothwendigkeit und die directe Lebensrettung der Tracheotomie warm in Schutz. Auch *R.* will nur in den Fällen höchster Lebensgefahr operirt wissen und in den Initialstadien andere therapeutische Eingriffe versuchen. „Die Tracheotomie soll (bei Croup) nur an einem unwiderruflich verlorenen Kinde vollzogen werden." Jedesmal, wenn die Eltern die von *Revilliod* vorgeschlagene Tracheotomie zurückwiesen, starb das Kind. Von den Eltern zu früh verlangt, weist *R.* die Operation für einstweilen zurück. — Die „enorme Mortalität der Tracheotomirten" rühre eben von der hochgradigen Diphtherie her, zu deren Heilung die Tracheotomie die nöthige Zeit gewähren sollte, indem sie vor der Erstickung schützt. Die Indication zur Tracheotomie kann fehlen (bei allgemeiner Diphtherie mit nahem Ende ohne Trachealstenose) — eine Gegenindication gibt es nicht, sobald einmal durch die Trachealstenose nahe Lebensgefahr bedingt ist. Die Unterscheidung in dreierlei Croup ist practisch nicht durchführbar; Fälle von scheinbar reinem Laryngealcroup können nach der Tracheotomie die schwersten diphtheritischen Allgemeinerscheinungen und anderweitigen Localisationen zeigen. — Eine bessere Hülfe als die Tracheotomie — und zwar mit guter (*Luër*'scher) Canule — gibt es für die von *Revilliod* stipulirten Fälle (drohende Erstickung) nicht; der Cathetrismus des Larynx hat für den Croup der Kinder keine Zukunft. — Operationsfehler werden immer vorkommen — suchen wir sie möglichst zu vermeiden.

(Aus der Antwort geht also hervor, dass die von *Rouge* vermuthete Benignität des Croup in Genf nicht existirt.) *A. B.*

— **Tropfenzähler.** Wir machen die Collegen auf die äusserst practischen Patenttropfenzähler (Preis 35 Cts.) aufmerksam. Das Medicinfläschchen hat im Halse ein Luftloch und an der Mündung ein Mäulchen, der eingeschliffene Stöpsel zwei Rinnen; durch Drehen des Stöpsels wird das Fläschchen geschlossen oder zum Abfliessen der Tropfen geöffnet.

Bern. Herr Prof. *Valentin* begeht heute (10. Oct.) sein 50jähriges Doctorjubiläum. Leider verbietet sein Gesundheitszustand jede Art öffentlicher Kundgebung und es muss sich daher auch die medicinische Facultät darauf beschränken, dem Jubilar ihre Glückwünsche nebst Festschrift durch eine Deputation darzubringen.

Genf. Vaginalkugelkapseln. Apotheker *Sauter*, dessen hohle Suppositorien wir s. Z. empfahlen, stellt nun auch hohle Vaginalkugeln her.

Cacaobutter wird durch Umschmelzen in kurzer Zeit ranzig und verliert ihr charakteristisches Parfum, weshalb die Kapseln auf kaltem Wege mittelst Pressung dargestellt werden. Sie bestehen aus zwei Hälften, die sich durch Berührung mit dem warmen Spatel zusammen kitten und deren Höhlung $1\frac{1}{2}$ grmm. Cacaobutter fasst. Je nach dem Medicament, das ordinirt wird, richtet sich die Füllung, die kalt oder warm stattfinden kann. Bei ersterer streicht man die Substanz, mit Cacaobutter, Vaseline oder Fett abgerieben, in die Höhlung, ebenso Mercurialsalbe, während man lösliche Substanzen, Kampfer, Jodoform u. s. f., vorerst mit etwas Cacaobutter schmelzen und damit die Füllung vollziehen kann. Auf diese Weise findet sich das Medicament stets fein vertheilt im Innern der Kapsel, und es lässt sich auch der dem Kranken oft lästige Geruch vieler Stoffe, wie Jodoform etc., vermeiden.

Ausland.

Deutschland. Personalia. Prof. e. o. Dr. *P. Vogt* ist zum ordentlichen Professor und Director der chirurgischen Clinik in Greifswald ernannt worden, Dr. *Mikulicz*, Assistent *Billroth*'s, zum Professor der Chirurgie in Krakau. — Prof. *Erb* hat den Ruf nach Heidelberg angenommen.

— **Schulhygieine.** Der Statthalter von Elsass-Lothringen hatte eine medicinisch-technische Commission von Sachverständigen eingesetzt zur Untersuchung der Frage, „in wieweit die gegenwärtige Einrichtung des höheren Schulwesens in Elsass-Lothringen den Grundsätzen entspricht, welche die medicinische Wissenschaft im Interesse der physischen und psychischen Entwicklung der Jugend aufgestellt hat, und welche Minimalforderungen auf dem genannten Gebiet zur Erhaltung und Förderung der Wehrbarkeit und der geistigen Frische der Nation von der ärztlichen Wissenschaft erhoben werden". Diesem Auftrage hat die Commission nun durch ein umfangreiches, äusserst interessantes Gutachten entsprochen, das nicht verfehlen wird, Aufklärung in die viel erörterte, aber stets unentschiedene Frage zu bringen. Wir beschränken uns auf die kurze Wiedergabe der aufgestellten Grundsätze.

Die Commission behandelte zunächst die Frage 1) der Arbeitslast der Schüler. An der Hand eigener Erfahrung und der Statistik wird hier nachgewiesen, dass unter den jungen Leuten, welche höhere Schulen besucht haben, mindestens 80% für den Militärdienst physisch unbrauchbar und dass 60% kurzsichtig sind. Daraus liesse sich schliessen, dass die Gesundheitsverhältnisse an den höhern Schulen in einer das Staatsinteresse geradezu bedrohenden Weise üble seien und mit Bestimmtheit auf eine Ueberlastung der Jugend als auf einen sie wesentlich bedingenden Umstand hinweisen. Der sichere Beweis dafür könne aber aus der Zahl der Lehr- und häuslichen Arbeitsstunden entnommen werden. Es seien im Durchschnitt 8—12 Unterrichts- und häusliche Arbeitsstunden zu viel angesetzt, dabei aber nicht die nöthige Rücksicht auf Erholung und Leibesübungen genommen. Die geistige Arbeit müsse durch Muskelthätigkeit compensirt werden und deshalb sei das Hauptaugenmerk 2) auf körperliche Uebungen zu richten, die im Turnen, Steigen, Klettern, Dauerlauf, Spielen, Baden, Schwimmen und Schlittschuhlaufen bestehen und wöchentlich etwa 8 Stunden (Nachmittags) in Anspruch nehmen müssten.

Was 3) den Schutz des Sehvermögens betreffe, so dürfe der Schüler nicht zu lange dauernden Accommodationsanstrengungen ausgesetzt werden; es müsse für Herstellung guter Beleuchtung, guter Drucke, entsprechender Schulbänke u. s. w. gesorgt werden. Die Commission stellt der zünftigen Pädagogik an den höheren Schulen im Ganzen ein ziemlich schlechtes Zeugniss aus und wirft derselben vor, dass sie durch Vermehrung der Wissensmenge die intellectuelle Ausbildung der Schüler zu fördern suche und diesen demgemäss unerhörte Arbeitslasten auferlege, woher es erfahrungsgemäss komme, dass die leere, verstandesmässige Gelehrsamkeit den Sieg über die natürliche Vernunft und über die geistige Frische der Schüler davon getragen habe.

— Ueber die therapeutische Anwendung der **Schmierseife** referirte Prof. Dr. *Senator* in der Berl. med. Gesellsch. (Berl. klin. W. p. 573 u. f.). Wir haben früher schon auf ihre mit Senf combinirte Anwendung bei Drüsengeschwülsten (Bubonen) aufmerksam gemacht. *S.* hatte Erfolg bei Bubonen, namentlich aber Exsudaten in serösen Höhlen (Pleura, Gelenke mit Steifigkeit nach acuter Rheumarthritis, sogar im Peri-

card, sodann bei acuter diffuser — auch Perforations-Peritonitis). Gewöhnlich wurden täglich 1—2 Mal (in dringenden Fällen 3 Mal) Stücke der Schmierseife von Mandel- bis Wallnussgrösse je nach der Schwere der Affection und der Grösse des Exsudates ohne Weiteres an der betreffenden Stelle und in der nähern Umgebung eingerieben, bei verwöhnten Patienten (Geruch) Sapo kalinus albus mit Ol. Lavendulæ u. dgl. — Die Wirkung erfolgt durch die Massage beim Einreiben, den Reiz auf die Haut und die verflüssigende Wirkung des Kali, das aber nicht in grosser Dose aufgenommen wird, da der Urin nie alcalisch wurde.

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 26. September bis 10. October 1882.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Vereinzelte Fälle von Varicellen und Erysipelas.

Scharlach 14 Erkrankungen (16, 14, 16), wovon 9 in Kleinbasel.

Typhus 10 angemeldete Fälle (11, 10, 1), wovon 2 von auswärts importirt, 3 im Spitale erkrankt, die übrigen zerstreut über die Stadt.

Diphtherie und Croup 9 Fälle (9, 10, 14), wovon 7 in Kleinbasel.

Pertussis 3 Anmeldungen (12, 4, 6).

Puerperalfieber seit Monaten zum ersten Male wieder eine Erkrankung in Kleinbasel.

Bibliographisches.

98) *Practische Beiträge* zur Kinderheilkunde II. Heft: *Baginsky*, Rachitis. 8°. 118 S. Tübingen, Laupp. Preis Fr. 4.

99) *Fischer*, Prof. *H.*, Handbuch der Kriegschirurgie, 2. Auflage. Mit 170 Holzschnitten und 32 Tabellen. 2 Bände. Lex. 8°. 1090 S. Stuttgart, Ferd. Enke.

Briefkasten.

Herrn Dr. *Zimmerli*, Basel; *Schuler*, Mollis; *O. Haab*, Zürich; Dr. *Exchaquet*, Bex; Prof. Dr. *Krönlein*, Zürich: Besten Dank. — Herrn Dr. *S.* in A.: Sie haben ganz Recht: pag. 630 im Toaste des Herrn Prof. *H.* muss es heissen „Aggravation" und nicht „Appravation". In der Hitze des Gefechtes etc.

Als **Neuheiten** empfehle ich:
Infus Digitalis conc. sicc. D. Fr. —. 40 Cts.
„ **Ipecacuanh. conc. sicc.** D. Fr. 1. —
Ein Theil dieser in Wasser leichtlöslichen **Extracte** entspricht genau ein **Theil Urstoff.**
Infus Sennæ comp. triplex, in Wasser **klar** löslich H. Fr. —. 75 Cts.
Panna, anerkannt vorzügliches Bandwurmmittel pr. Schachtel Fr. 2.
Dr. Sanders Peptonpräparate — Fleischpepton — Pepton-Chocolade, Pepton-Limonade zu Originalfabrikpreisen.
St. Gallen, October 1882.
C. Friedr. Hausmann,
Hechtapotheke.

Aspiratoren nach **Dieulafoy** und **Potain und Thermocauter** nach **Paquelin** in vorzüglicher Ausführung empfiehlt
C. Walter-Biondetti in Basel.

Kurarzt gesucht.

Unterzeichneter ist beauftragt, einen Arzt für einen renommirten Höhenkurort der Schweiz zu suchen. Reiche Erfahrungen in Behandlung von Brust- und Nervenkrankheiten durchaus erforderlich. [M2666Z]
Enge bei Zürich. *Dr. v. Corval.*

Hirudines,

prima ungarische, 50 Stück Fr. 4 incl. Emballage franco gegen Franco-Cassa, empfiehlt die Blutegelhandlung *C. Schleusener, St. Imier.*

☛ Die **orthopädischen Apparate,** ☚ **Prothesen, Bandagen** und **chir. Instrumente** von *C. Walter-Biondetti in Basel* wurden **prämirt:** an der Wiener Weltausstellung 1873, mit der Verdienstmedaille; in Paris 1878, mit der **silbernen Medaille;** und von der Académie nationale in Paris 1879, mit der **goldenen Medaille I. Cl.**

Condurangorinde in anerkannt vorzüglicher Qualität ist wieder eingetroffen, daher auch **Condurangoessenz** und **Condurangowein** in Originalflacons stets vorräthig in der **Goldenen Apotheke, Basel,** Freiestrasse 20, Kanonengasse 21.
Dr. Geiger u. Dr. Kober.

Lugano.

Um verschiedenen Anfragen zu erwiedern, mache ich hiermit den Herren Collegen, welche gesonnen sind, Patienten zu einer Uebergangsstation oder zum Winteraufenthalt durch die kurze und bequeme **Gotthardbahnlinie** nach **Lugano** zu senden, die Mittheilung, dass ich von Mitte September an wieder in **Lugano** sein werde.
Bagni di Bormio, August 1882.
Dr. med. Gio. Reali.

Ein junger Arzt sucht während der Monate November bis April Beschäftigung in einem Spital oder Privatanstalt. Gefl. Offerten sub M. G. an die Expedition des Blattes.

Arztstelle offen.

Wegen Wegzug ist in einer volkreichen, industriellen Gegend, in der Nähe einer grössern Stadt, eine Arztstelle zu besetzen. Damit ist die Bezirksarztstelle bisher verbunden gewesen und stände wieder in Aussicht. Das Halten einer Apotheke ist nothwendig. Ein hübsches Logis ist vorhanden. Sichere, schöne und angenehme Existenz kann zugesichert werden.
Auskunftsgesuche unter Chiffre **S. K.** befördert die Expedition des Blattes.

C. Walter-Biondetti in Basel

liefert sämmtliche **chir. Instrumente, Apparate zur Krankenpflege, Verbandstoffe, Drahtschienen,** sowie **ganze Ausrüstungen** nach **eigenen** und **nach fremden Catalogen zu Originalpreisen** und übernimmt alle **Reparaturen.**

In fortwährendem Modellaustausch mit meinen Collegen des Auslandes bin ich stets in der Lage, alle vorkommenden Novitäten zu Originalpreisen fourniren zu können. *D. Ob.*



Erste Auswahl Walliser-Trauben

5 Ko. Brutto portofrei für Schweiz Fr. 5. —
Ich garantire für jede Kiste.

Dr. Erlenmeyer'sche Anstalt
für Gemüths- und Nervenkranke
zu Bendorf bei Coblenz.

I. Asyl für Gemüthskranke. II. Villa für Nerven- und Rückenmarkskranke.
III. Colonie (landwirthschaftl. Anstalt) für Geisteskranke (Pflegeabtheilung).
Die 3 Abtheilungen sind vollständig von einander getrennt.
3 Aerzte. — Aufnahme zu jeder Zeit. — Besondere Prospekte für jede Abtheilung.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

// CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N°. 21. XII. Jahrg. 1882. 1. November.

Original-Arbeiten.

Diphtheritis und Tracheotomie.

Eine Erwiederung auf die Abhandlung des Herrn Dr. *Rouge* in Lausanne, betitelt: Croup et Trachéotomie.

Von Prof. Dr. **Krönlein.**

Es sind jetzt gerade 5 Jahre, dass ich — damals noch Assistent an der *v. Langenbeck*'schen Klinik in Berlin — im Archiv für klin. Chirurgie (Bd. XXI, S. 253—319) unter obigem Titel eine grössere Arbeit veröffentlichte, in welcher ich die Bedeutung der Tracheotomie in der Behandlung der Halsdiphtheritis an der Hand eines grossen klinischen Materials festzustellen versuchte. Meine damaligen Untersuchungen bezogen sich auf 567 Fälle von Halsdiphtheritis und 504 Fälle von Tracheotomie und führten mich unter Anderem zu dem Schlusse, dass nach den reichen Erfahrungen, welche in den klinischen Journalen niedergelegt sind und in meiner Arbeit eine kritische Beleuchtung gefunden haben, unbedingt an den Maximen festzuhalten sei, welche in der *v. Langenbeck*'schen Klinik seit vielen Jahren befolgt werden, so bald in einem Falle von Halsdiphtheritis die Frage der Tracheotomie gestellt werden muss. Diese Maximen aber gipfeln in dem Satze, „dass es Pflicht des Chirurgen sei, keinen seiner Behandlung anvertrauten Diphtheritiskranken an Laryngostenose zu Grunde gehen zu lassen, ohne wenigstens den Versuch gemacht zu haben, bei Zeiten das mechanische Hinderniss für die Respiration durch die Tracheotomie zu heben.“

„Mag auch“, so drückte ich mich in meiner Arbeit aus, „der in Erstickungsnoth sich befindende Kranke vielleicht nur wenige Lebensmonate zählen, mag vielleicht eine ausgedehnte Erkrankung der Lungen die Chancen für einen glücklichen Ausgang noch so sehr herunterdrücken, mag endlich das Kind, vollkommen asphyctisch, bereits den letzten Athemzug eben gethan haben — niemals kann

darin der Grund liegen, von dem Versuche abzustehen, durch die Tracheotomie ein fliehendes Leben vielleicht noch zu retten, vielleicht auch nur zu verlängern und die Qualen des Erstickungstodes zu mildern!"

Und warum so? Weil — so kann ich unter Hinweis auf jene Arbeit sagen — kein Fall von Halsdiphtheritis, der wegen hochgradiger Laryngostenose zu ersticken droht, schlecht genug ist, um die Behauptung zu rechtfertigen, dass eine in diesem Moment vollzogene Tracheotomie unter allen Umständen fruchtlos sei. Selbst anscheinend ganz desolate Fälle, so Säuglinge, die das erste Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, total asphyctische und reactionslose Kinder, Kranke mit ausgedehnter Nasen- und Rachendiphtheritis, oder aber mit weit verzweigtem Bronchialcroup, ja selbst solche mit pneumonischen Infiltrationen habe ich zuweilen noch heilen sehen, nachdem die wegen der diphtheritischen Stenose momentan drohende Erstickungsgefahr durch die Tracheotomie gehoben war.

Wie aber bei der Befolgung solcher Grundsätze so zu sagen kein Fall zu schlecht für die Tracheotomie befunden wird, sofern er nur die deutlichen Erscheinungen hochgradiger und das Leben unmittelbar bedrohender Laryngostenose zeigt, wie also letztere eine absolute Indication zur sofortigen Operation abgibt, so unterbleibt auf der andern Seite die Tracheotomie, wo diese bedrohlichen Erscheinungen diphtheritischer Stenose fehlen. Denn die Tracheotomie hat keine prophylactische Bedeutung; sie ist kein Heilmittel, geeignet, dem diphtheritischen Krankheitsprocesse Halt zu gebieten und indem wir sie ausführen, genügen wir lediglich einer Indicatio symptomatica: wir schaffen einen neuen künstlichen Luftweg für die Zeit, wo der natürliche Luftweg nach oben durch die croupös-diphtheritischen Exsudatmassen verschlossen oder doch so weit verlegt ist, dass die Athmung, das Leben unmöglich wird. Die Krankheit, gegen die wir mit der Tracheotomie zu Felde ziehen, ist also nicht die Diphtheritis, sondern die Kohlensäureintoxication, die drohende Erstickung.

Wenn also von den 567 Fällen, welche wegen Diphtheritis in die Klinik aufgenommen worden sind, nur 504 operirt wurden, 63 aber nicht, so heisst das nichts anderes, als dass in den letztern 63 Fällen die Halsdiphtheritis verlief, ohne dass zu irgend einer Zeit ihres Verlaufes Erscheinungen gefahrdrohender Laryngostenose aufgetreten wären.

Demjenigen, der von dem Werthe der Tracheotomie bei Diphtheritis überzeugt ist, mag diese ganze Auseinandersetzung, weil selbstverständlich, vielleicht überflüssig erscheinen. Allein dem ist doch nicht ganz so. Noch gibt es viele, selbst hervorragende Aerzte, welche mit der Ausdehnung, welche wir der Tracheotomie bei der Behandlung der diphtheritischen Laryngostenose zu geben wünschen, keineswegs einverstanden sind. Zwar perhorresciren auch sie die sog. prophylactische Tracheotomie, die seiner Zeit von *Barker* allen Ernstes vorgeschlagen worden war. Allein, wenn man sie fragt, ob sie im Uebrigen jedes Diphtheritiskind mit hochgradiger und voraussichtlich rasch zur Erstickung führender Stenose tracheotomiren, so vernimmt man häufig genug, dass sie die Indication zur Operation enger fassen. Der Eine operirt niemals ein Diphtheritiskind unter zwei Jahren; der Andere „nur die stärksten und kräftigsten" derselben; ein Dritter verschmäht die

Operation bei totaler Asphyxie und ein Vierter dann, wenn die physicalische Untersuchung der Brustorgane eine Ausbreitung des Processes nach den Bronchien und Lungen annehmen lässt. — Der Grund dieser Resignation ist nicht weit zu suchen: es ist die enorm grosse Mortalität dieser Categorien Diphtheritiskranker.

Einzelne Operateure, die niemals nach der Tracheotomie ein solches Kind haben durchkommen sehen und die nur auf das schwören, was ihnen selbst begegnet, leugnen geradezu die Möglichkeit einer Heilung. „Diese Kranken," so hört man sie wohl sagen, „sind dem Tode verfallen mit und ohne Tracheotomie. Wozu also in den Herzen der Eltern durch die Operation nur trügerische Hoffnungen erwecken? Wozu die armen Opfer noch unnütz quälen? Wozu endlich mit jeder Operation seine Statistik um einen neuen Misserfolg bereichern?" — Andere Operateure gehen zwar nicht ganz so weit; sie geben die Möglichkeit eines Erfolges der Tracheotomie selbst bei diesen verzweifelten Fällen zu. Allein dieser glückliche Ausgang ist nach ihrer Ansicht so überaus selten, auf den einen Heilungsfall kommen so viele Todesfälle, dass sie, wie gewöhnlich der Ausdruck lautet, „im Interesse der Operation", um dieselbe bei den Laien nicht in Misscredit zu bringen, lieber von der Tracheotomie abstehen.

Dieser letztere, politische Grund, die Operation bei so schlechten Chancen nicht auszuführen, hat freilich etwas Bedenkliches, auch wenn es nicht jedes Mal so geht, wie in einem Falle, der sich in der *v. Langenbeck*'schen Klinik ereignete und an den ich mich noch lebhaft erinnere. Es handelte sich um ein zweijähriges, heruntergekommenes Diphtheritiskind, welches wegen hochgradiger Athemnoth eines Abends zum Zwecke sofortiger Operation herein gebracht wurde. Der Zustand des Kindes gestattete keinen Aufschub der Tracheotomie; dieselbe wurde daher sofort ausgeführt und — das Kind genas. Wie die Eltern mittheilten, hatten sie dasselbe nicht direct von Hause in die Klinik gebracht, sondern sich erst nach einem andern Krankenhause begeben, in der Hoffnung, dass es dort operirt würde. Allein die Tracheotomie war daselbst abgelehnt worden, weil das Kind zu jung und elend sei, um sie überstehen zu können.

Hier stand die Tracheotomie also bei den Laien in grösserem Credit als bei den Aerzten!

Alle die früher erwähnten Momente, welche zuweilen als Contraindicationen der Tracheotomie bei diphtheritischer Laryngostenose angeführt werden, muss ich auf Grund meiner Erfahrung als hinfällig bezeichnen. Keines schliesst die Möglichkeit eines günstigen Verlaufs nach der Tracheotomie absolut aus. Wie ich in meiner Arbeit des Genauern ausgeführt habe, wurden von 85 Diphtheritiskindern des 1. und 2. Lebensjahres 11 durch die Tracheotomie gerettet, unter ihnen ein Junge im Alter von 7 Monaten; ebenso gelang es unter 22 Fällen 2 Mal, vollständig asphyctische und reactionslos daliegende Kinder durch die Operation und unermüdliche Wiederbelebungsversuche zum Leben zurück zu rufen und am Leben zu erhalten. Von 46 Tracheotomirten endlich, deren Respiration in Folge bereits bestehenden Bronchialcroups oder Pneumonie auch nach der Operation behindert blieb, verliessen immerhin 4 geheilt das Krankenhaus.

Ich kann mich des Eindruckes nicht erwehren, dass bei der Wiedergabe und



Verwerthung statistischer Resultate, welche auf die Tracheotomie bei Diphtheritis Bezug haben, der Standpunct gewöhnlich viel zu wenig berücksichtigt wird, den der betreffende Operateur den soeben besprochenen Fragen gegenüber einnimmt. Und doch wird die Statistik der Heilresultate durch denselben so wesentlich beeinflusst. Je wählerischer der Operateur bei der Ausführung der Tracheotomie bei Diphtheritis zu Werke geht, je mehr er die prognostisch ungünstigen Fälle von der Operation ausschliesst, desto besser werden ceteris paribus seine Heilresultate ausfallen. Umgekehrt wird derjenige Operateur, der es für seine Pflicht hält, bei jedem Kranken seiner Behandlung, welcher wegen diphtheritischer Laryngostenose zu ersticken droht, den letzten Rettungsversuch zu machen, indem er zum Messer greift und einen künstlichen Luftweg schafft, ich sage, ein solcher Operateur wird nicht gerade im Interesse einer bestechenden Operationsstatistik handeln und jedenfalls gegenüber dem ersten Operateur im Nachtheil sein — wenigstens in den Augen eines Kritikers, der nur die nackten Zahlen ansieht und sich nicht weiter darum kümmert, wie dieselben sich aufgebaut haben.

Von den 504 in meiner früheren Arbeit aufgeführten Tracheotomirten sind 357 oder 70,8% gestorben, von den 62 nicht Tracheotomirten 19 oder 30,6%. — Sind dies gute oder schlechte Erfolge? — Wer sich nur an die nackten Zahlen hält, mag sie vielleicht als ungünstige bezeichnen, während ein Anderer, der den bisherigen Ausführungen Rechnung trägt, vielleicht durch die Grösse der Heilziffer (29,2% und 69,4%) angenehm überrascht wird.

Ich hätte mich zu diesen und den folgenden Bemerkungen kaum veranlasst gesehen, wenn nicht neuerdings von namhafter Seite der Werth der Tracheotomie bei Diphtheritis ernstlich in Frage gestellt worden wäre, und wenn ich mich nicht durchdrungen fühlte von der Ueberzeugung, dass gerade jetzt, wo diese mörderische Seuche eine so gewaltige Ausdehnung gewonnen hat, wo sie namentlich auch in der Schweiz, im eigenen Haus und am eigenen Herd ihre Opfer fordert, es als ein Unglück betrachtet werden müsste, wenn diese direct lebensrettende und, wie wir wohl behaupten dürfen, in weiten ärztlichen und Laienkreisen mehr und mehr populär gewordene Operation an Boden verlöre.

An Orten, besonders in grossen Städten, wo die Diphtheritis schon lange haust, vielleicht geradezu schon endemisch geworden ist, wie z. B. in Berlin oder Paris, und wo die Zahl der Diphtheritis-Tracheotomien schon nach Tausenden bemessen werden kann, da ist freilich eine Discreditirung dieser Operation so leicht nicht zu befürchten; denn der Mütter, welche das Leben ihres der Erstickung nahen und bereits verloren gegebenen Kindes dem Messer des Chirurgen verdanken, sind im Laufe der Jahre viele geworden und bekanntlich sind dankbare Mütter nicht gerade die schlechtesten Advokaten, mag es sich nun um die Vertheidigung der Tracheotomie oder irgend einer andern ihren Lieblingen erwiesenen Wohlthat handeln.

Wo aber die Diphtheritis zum ersten Mal auftritt und das Terrain für die Tracheotomie erst noch erobert werden muss, da dürfte ein von der Operation abmahnendes Wort leicht auf fruchtbaren Boden fallen, zumal wenn es aus dem Munde eines verdienten und hochgeachteten Arztes und Chirurgen stammt. Aus

diesem letztern Grunde wollte ich die neulich erschienene Abhandlung [1]) meines verehrten Collegen Herrn Dr. *Rouge* in Lausanne nicht unbeantwortet lassen.

Ehe ich indess auf die genannte Schrift selbst eingehe, sei mir noch die Bemerkung gestattet, dass ich auch in den letzten Jahren und besonders auch nach meiner Uebersiedelung von Berlin nach Zürich vielfache Gelegenheit fand, weitere Erfahrungen über die Bedeutung der Tracheotomie bei Diphtheritis zu sammeln, dass ich aber dadurch nur in den in meiner früheren Arbeit niedergelegten und oben theilweise wiedergegebenen Ansichten bestärkt worden bin. Auch in Zürich, wo die Diphtheritis seit langer Zeit bekannt und in den letzten Jahren sichtlich im Zunehmen begriffen ist, hat die Tracheotomie schon lange die Anerkennung gefunden, die ihr gebührt.

Während *Billroth* (1860—1867) die Tracheotomie bei Diphtheritis im Ganzen nur 13 Mal († 93,3%) ausführte, betrug die Zahl der in den folgenden 10 Jahren (1868—1877) von *Rose* in der chirurgischen Klinik und seiner Privatpraxis ausgeführten Tracheotomien 111 († 65,7%) und die Zahl der im Zürcher Kinderspital während der Jahre 1874—1880 von *W. von Muralt* vollzogenen gleichnamigen Operationen 100 († 63,0%). Vom 1. April 1881 bis 30. September 1882 endlich, d. h. während der 1½ Jahre, wo ich die chirurgische Klinik in Zürich leite, ist daselbst die Tracheotomie wegen diphtheritischer Laryngostenose — unter Hinzufügung eines geheilten Falles aus meiner Privatpraxis — 116 Mal († 55,1%) ausgeführt worden. In 15 weiteren Fällen von Halsdiphtheritis, welche in der Klinik behandelt wurden, fehlten die Erscheinungen hochgradiger Laryngostenose, weshalb die Tracheotomie unterblieb; von diesen 15 nicht tracheotomirten Diphtheritiskindern starb ein Einziges († 6,6%). Sonach beträgt die Mortalität sämmtlicher 131 Diphtheritisfälle der chirurgischen Klinik aus meiner Zeit 49,6%.

Ich will auf eine weitere Analyse meines Beobachtungsmaterials hier nicht weiter eingehen, weil mich dies von meiner heutigen Aufgabe zu weit abführen würde und weil ein ausführlicher Bericht über diese Tracheotomiefälle hoffentlich in nicht allzu ferner Zeit anderswo erscheinen wird. Wenn ich aber bemerke, dass bei der Frage der Tracheotomie in allen diesen 116 Fällen stets die Eingangs erwähnten Grundsätze zur Geltung kamen und ferner nur das Eine noch hinzufüge, dass von diesen 116 Tracheotomirten nicht weniger als 26 dem 1. und 2. Lebensjahr angehörten, so dürfte auch so schon für den Fernerstehenden eine richtige Beurtheilung des mit der Tracheotomie erzielten Heilresultates (44,9%) möglich sein.

Durch diese Ausführungen, die unter der Feder länger geworden sind, als ich selbst es ursprünglich beabsichtigt hatte, hoffe ich wenigstens die Anschauungen Derer, welche in der Ausführung der Tracheotomie bei hochgradiger diphtheritischer Laryngostenose eine lebensrettende That erblicken, zu welcher sie sich als Arzt geradezu v e r p f l i c h t e t fühlen, genügend zum Ausdruck gebracht zu haben; und es sei mir darum gestattet, nunmehr auf die völlig anders lautenden Anschau-

---

[1]) „Croup et Trachéotomie“ in: Feuilles volantes. Premier cahier. Causeries chirurgicales etc. par le Dr. *Rouge*. Lausanne, 1882.



ungen einzugehen, welche Herr Dr. *Rouge* in seiner Abhandlung vertritt und zu untersuchen, ob die Argumente, auf welche er sein der Tracheotomie so überaus ungünstiges Urtheil stützt, wirklich stichhaltig seien.

„Mon but est de montrer tout d'abord l'effrayante mortalité qui suit la trachéotomie dans le croup, et de poser la question de savoir s'il ne conviendrait pas de renoncer à cette opération, comme traitement ordinaire, la réservant seulement pour quelques cas particuliers.“

Mit diesen Worten bezeichnet *Rouge* die Aufgabe, welche er sich in dem I. Abschnitt seiner Abhandlung „Croup et Trachéotomie“ gestellt hat und welche er, wie wir gleich sehen werden, auf statistischem Wege zu lösen sucht.

„Quoiqu'on dise pourtant, les résultats de la trachéotomie en pareil cas sont désastreux. Si désastreux, qu'il semble difficile que la maladie abandonnée à elle-même, ou du moins traitée sans opération, puisse fournir un chiffre plus élevé de mortalité.“ Und *R.* bleibt den Beweis für die Richtigkeit dieses geradezu vernichtenden Urtheils über den Werth der Tracheotomie bei Diphtheritis insofern nicht schuldig, als er zeigt, dass in einer aussergewöhnlich schweren Diphtheritisepidemie, welche zu Anfang des Jahres 1879 in Südrussland, im Gouvernement Pultawa, wüthete, die Mortalität nur 57,2% betrug, während in den zahlreichen deutschen und französischen Tracheotomiestatistiken der letzten Decennien die Mortalität der diphtheritiskranken Kinder sich meist um 70% herum bewegt, in der Regel sogar diese Ziffer übersteigt. Welch' ein Contrast! Dort, in jenem Lande, wo es an ärztlicher Hülfe, namentlich an chirurgischer, so gut wie ganz fehlte, wo die Krankheit ihren Lauf nahm, wie sie eben wollte, „à l'état de liberté“, nur eine Mortalität von 57,2%, und hier, in den Kliniken und Spitälern von Deutschland und Frankreich, in denen die Krankheit „durch die Tracheotomie behandelt“ wird, 70% und darüber! Beweist das nicht deutlich, dass die Tracheotomie, „als gewöhnliche Behandlung der Diphtheritis“, nutzlos, ja in vielen Fällen sogar schädlich ist? — In der That! der Schluss, den *R.* aus seiner vergleichenden Statistik zieht, lautet nicht anders; denn, indem er nochmals auf die grosse Mortalität bei den Tracheotomiefällen hinweist, bemerkt er: „En serait-il autrement si l'on s'abstenait d'opérer? On est tenté de le supposer, faisant même abstraction des résultats que donne la diphtherie en liberté, si l'on réfléchit qu'il n'est pas une maladie qui, abandonnée à elle-même, donne d'une manière soutenue et partout, sous tous les climats, chez toutes les races, une mortalité semblable. Trop souvent certainement la trachéotomie n'est qu'une complication funeste d'une désorganisation grave de l'économie; elle diminue la résistance du malade à l'intoxication générale.“

Es wäre geradezu entsetzlich, wenn *R.* Recht hätte! Wir Alle, die wir schon zu Hunderten die Tracheotomie bei Diphtheritis ausgeführt haben, müssten uns anklagen, durch unser fehlerhaftes operatives Vorgehen den Tod so manchen Kindes bewirkt zu haben, das, ohne unser Zuthun, „à l'état de liberté“, geheilt wäre.

Allein zum Trost sei es gleich gesagt: Kaum ist je ein ärgerer Trugschluss gemacht worden, als er hier unserem geschätzten Collegen begegnet ist!

Lassen sich denn die von *R.* in Parallele gestellten Werthe überhaupt mit einander vergleichen? Glaubt *R.* wirklich, dass in Berlin, in Paris, in Genf, in Zürich und wo immer bei diphtheritischer Laryngostenose die Tracheotomie Aufnahme gefunden, jedes Kind mit der Diagnose „Diphtheritis" ohne Weiteres tracheotomirt wird, ebenso wie es in Pultawa Dank des Mangels ärztlicher Hülfe nicht tracheotomirt wird? Ist er wirklich der Meinung, dass die 70 Procente die durchschnittliche Sterblichkeit der Diphtheritisepidemien in Paris, Berlin, Zürich u. s. w. bedeuten, ebenso wie die 57,2 Procente den mittleren Werth für die Mortalität der Epidemie in Pultawa darstellen? — Undenkbar! Die Lage der Dinge, die hier in Betracht kommen, ist doch eine sehr einfache und ich muss den Leser fast um Entschuldigung bitten, wenn ich im Interesse möglichster Klarheit zu folgendem arithmetischen Exempel meine Zuflucht nehme:

Bedeutet S die ganze Summe der an einem Orte an Halsdiphtheritis erkrankten Kinder, so zeigt aller Erfahrung gemäss doch nur ein Theil derselben im Verlaufe der Krankheit Erscheinungen, welche auf eine Mitbetheiligung des Larynx und vielleicht auch der tiefer liegenden Theile des Respirationstractus hinweisen; und hinwiederum ist es nur ein Bruchtheil d i e s e r Erkrankten, bei welchen diese Erscheinungen im Sinne einer lebensgefährlichen Laryngostenose gedeutet werden müssen, welche, wie ich oben ausgeführt habe, die Tracheotomie unbedingt erfordert. Nennen wir diesen Bruchtheil x, so wird also immer ein anderer Bruchtheil (y) von der Gesammtsumme der Erkrankten (S) übrig bleiben, der entweder gar keine Erscheinungen von Seite des Larynx und der Trachea während des ganzen Krankheitsverlaufes zeigt, oder aber Erscheinungen, die zu gering sind, als dass sie uns zur Vornahme der Operation auffordern könnten. Jedenfalls aber ist

$$S = x + y,$$

und S ohne Weiteres = x zu setzen, wie Herr *R.* bei seiner Schlussfolgerung gethan hat, ginge nur an, wenn y = 0 wäre, ein Fall, der — Gott sei es gedankt — wohl noch nie, selbst die mörderischste Diphtheritisepidemie nicht ausgeschlossen, vorgekommen sein dürfte und hoffentlich auch niemals vorkommen wird.

Der Fehler, den Herr Dr. *R.* begeht, ist um so unbegreiflicher, als er bei seinen Zahlenangaben auch aus Arbeiten geschöpft hat, in welchen alle diese Momente in ausführlichster Weise behandelt worden sind, so z. B. aus der meinigen. Freilich lassen einige Aeusserungen in *R.*'s Aufsatz mich fast vermuthen, dass dem verehrten Herrn Collegen meine Arbeit nicht im Original vorgelegen habe. Denn sonst müsste ihm das wenigstens klar geworden sein, dass es, nach den Grundsätzen der *v. Langenbeck*'schen Schule, eine Contraindication der Tracheotomie bei hochgradiger und das Leben direct bedrohender diphtheritischer Laryngostenose nicht gibt und er würde dann auch die folgende Bemerkung schwerlich gethan haben:

„*Krönlein*, étudiant les résultats obtenus à la clinique de *Langenbeck*, trouve 62 croups non trachéotomisés, sur lesquels 19 morts, c'est-à-dire une mortalité de 30,6%, chiffre excessivement bas et très favorable. Mais ici se présente une objection: c'étaient des cas légers, c'est pourquoi ils n'ont pas été opérés. M a i s o n p e u t s o u t e n i r, q u'i l s e t r o u v a i t d a n s c e n o m b r e d e s c a s p e u t-



être désespérés, dans lesquels l'intervention chirurgicale n'a pas été tentée.“

Wie bemerkt, nur die Annahme, dass Herr *R.* meine Arbeit nicht vollständig gekannt habe, bietet mir eine Erklärung für diese seine durchaus irrige Auffassung.

Mit dieser Zurückweisung des statistischen Arguments ist der Haupteinwand, welchen *R.* gegen die Tracheotomie bei Diphtheritis erhebt, widerlegt. Was er aber sonst noch weiter gegen die Nützlichkeit dieser Operation in's Feld führt, dürfte kaum im Stande sein, die letztere zu discreditiren und lohnt zum Theil kaum der Widerlegung.

So verhält es sich z. B. mit der wunderbaren Beobachtung des Dr. *Mougeot*, der (1881), gestützt auf seine eigenen Erfahrungen und mit Berufung auf Mittheilungen, welche ihm von Militärärzten gemacht worden sind, die Behauptung aufstellt, dass die Mehrzahl der tracheotomirten Kinder ihre Volljährigkeit nicht erreiche. „Son opinion se base sur ses recherches personnelles et sur les rapports des médecins militaires qui, interrogés sur cette question, ont unanimement répondu qu'ils n'avaient pas souvenance d'avoir, depuis plus de vingt ans, rencontré sur les conscrits la cicatrice typique de la trachéotomie. Il y aurait peut-être lieu, dit-il, de modifier cette opération, de supprimer l'usage de la canule par exemple.“ — *R.*, der sich ebenfalls nicht erinnert, während der Zeit, wo er mit der Recrutenuntersuchung der I. eidg. Division betraut war, einen Tracheotomirten gesehen zu haben, bemerkt gleichwohl etwas vorsichtig: „Si elle (l'observation du Dr. *M.*) est juste, ce serait un nouveau motif pour moins se presser de faire la trachéotomie.“

Wir können, glaube ich, vorerst ruhig abwarten, bis die Gegner der Tracheotomie den Nachweis für die Richtigkeit der *Mougeot*'schen Beobachtung erbracht haben, ehe wir in eine Widerlegung seiner jedenfalls kühnen Schlussfolgerung eintreten.

Dagegen dürfte es am Platze sein, gerade an dieser Stelle darauf hinzuweisen, wie gering im Allgemeinen die Verwundung ist, welche eine regelrecht ausgeführte Tracheotomie involvirt. Ich habe schon früher einmal, als ich über einige wegen Fremdkörper in der Trachea ausgeführte Tracheotomien berichtete, [1]) auf diesen Punct hingewiesen und gezeigt, dass in solchen Fällen die Tracheotomiewunde völlig prima intentione heilen kann. Dem glatten Wundverlauf entspricht gewöhnlich auch ein in cosmetischer Beziehung befriedigendes Heilresultat — eine Beobachtung, welche namentlich den Müttern, welche um die Schönheit ihrer durch die Tracheotomie geretteten Töchter vielleicht etwas besorgt sind, zum Troste dienen mag. Die Narbe, Anfangs wohl etwas breit oder auch strahlig und eingezogen, verkleinert sich mit der Zeit bedeutend, hebt sich ab von der Unterlage, wird verschieblich und kann selbst so glatt und hautähnlich werden, dass sie nach einer Reihe von Jahren kaum noch zu erkennen ist. Ich habe dies wiederholt beobachtet, so z. B. — wie ich mit Rücksicht auf die oben erwähnte seltsame Beobachtung von *Mougeot* besonders hervorhebe — bei einem jungen Polytechniker, der einst als Kind wegen Croup tracheotomirt worden war und gegenwärtig als strammer Lieutenant der Reserve seiner Militärpflicht in Deutschland genügt.

[1]) S. *Krönlein*, *v. Langenbeck*'sche Klinik und Poliklinik. Berlin, 1877. S. 125.



Jedenfalls mehr Beachtung als der aus der *Mougeot*'schen Mittheilung hergeleitete Einwand gegen die Tracheotomie verdient derjenige Abschnitt der *Rouge*-schen Schrift, in welchem der Autor sich über die Indicationen zur Operation auslässt, deren Grenzen er, wie man sich wohl denken kann, sehr enge zieht. Doch kann ich mich hier um so kürzer fassen, als ich gleich zu Anfang meiner Erörterung diesen Gegenstand einer ausführlichen Besprechung unterworfen und ganz besonders auch darauf hingewiesen habe, dass es — eine das Leben direct bedrohende Laryngostenose einmal vorausgesetzt — nach meiner Ansicht sog. Contraindicationen der Tracheotomie bei Diphtheritis nicht gibt. Im Gegensatz zu dieser Auffassung hält *Rouge* nicht nur an den früher besprochenen Contraindicationen fest, sondern er verwirft auch principiell die Tracheotomie in allen Fällen der „toxischen, infectiösen, epidemischen“ Diphtheritis (descendirender wie ascendirender Form) und lässt sie nur zu bei dem „gutartigen“, d. h. nicht infectiösen Croup („Angine couenneuse“), wenn derselbe, was nach *R.* hin und wieder vorkommen soll, mit bedrohlichem Glottisœdem sich complicirt. Ich will mich über die Frage des „gutartigen“ und „bösartigen“, des nicht infectiösen und des infectiösen Croup (Diphtheritis) hier nicht auslassen, um so weniger, als nach meiner Ansicht unser chirurgisches Handeln von der Art, wie diese Frage entschieden wird, zunächst nicht berührt wird, und nur zur Orientirung des Lesers bemerken, dass es sich bei meinen statistischen Angaben unzweifelhaft um die eigentliche, schwere und infectiöse Diphtheritis gehandelt hat, also um diejenige Krankheit, bei welcher nach *Rouge* — wenn anders ich ihn richtig verstanden habe — die Tracheotomie „unnütz, schädlich und vielleicht sogar gefährlich“ ist.

Wie ich bisher die Ansichten meines verehrten Herrn Collegen über die Bedeutung der Tracheotomie bei Diphtheritis nicht theilen konnte, so muss ich ihm auch weiter widersprechen, wenn er schliesslich den Gebrauch der gegenwärtig überall benutzten Trachealcanule in der Nachbehandlung der tracheotomirten Diphtheritiskranken verwirft, ja sogar die ganze Operation der Tracheotomie durch den Catheterismus des Larynx, die sog. Tubage, ersetzt wissen will. Indess gestattet mir der Raum nicht, auf diese rein technischen Fragen hier weiter einzugehen. Vielleicht bilden sie den Gegenstand einer spätern Arbeit. Dagegen möchte ich heute schon fragen: Sollen wir denn aus der Geschichte der Tracheotomie, von welcher uns Herr *R.* in seinen „Feuilles volantes“ einen so hübschen Abriss gegeben hat, auch gar nichts lernen? Sollen alle die schlechten Erfahrungen, welche im Laufe der Jahre mit den erwähnten Ersatzmitteln für die Trachealcanule und vollends mit der Tubage des Larynx gemacht worden sind, immer und immer wieder gemacht werden, bis jeder Einzelne sich selbst überzeugt hat, dass unsere Vorgänger Recht hatten, wenn sie diese wiederholt angerühmten Verfahren fallen liessen zu Gunsten der sicherern und wirksameren Tracheotomie, welche heutzutage eine so hohe Vollendung erreicht hat?

Ich hoffe nein und schliesse mit dem Wunsche, dass im Kampfe gegen den diphtheritischen Erstickungstod das Tracheotomiemesser je länger je unbestrittener die souveräne Waffe bleibe nicht nur in der Hand des Chirurgen, sondern des Arztes überhaupt!

Beiträge zur pathologischen Anatomie der Schilddrüse.

Von Dr. F. **Schmuziger** in Aarau.

Von den nachstehenden 5 Fällen stammen Nr. 1, 2, 4 und 5 aus der Praxis von Herrn Dr. *Bircher* in Aarau und sind mit Ausnahme des letzten an anderer Stelle klinisch referirt, Fall Nr. 3 ist eigene Beobachtung.

Fall Nr. 1. Jgfr. Bolliger, 47 Jahre. Carcinoma sarcomatodes.

Der Kehlkopf ist nicht nur von der Neubildung ganz umwachsen, bis auf die hinterste Stelle der Cartilag. cricoidea, welche in der Norm vom m. crico-arytænoideus post. unbedeckt, direct unter der Schleimhaut liegt, sondern es dringt der Krebs auch in das Innere des Kehlkopfes ein. Genauer lassen sich folgende Verhältnisse macroscopisch feststellen: Die Geschwulst bildet einen ca. apfelgrossen Knoten, reicht vorn bis zur Incisura Cart. thyreoideæ und verläuft von hier längs derselben beidseitig gegen die cornua sup. hin, indem sie sich ca. 0,5 cm. unterhalb des obern, geschweiften Randes der Cart. thyreoidea hält und umgreift dann den Kehlkopf auch von seiner hintern Seite bis zur hintern Mittellinie der cart. cricoidea, welche nur von Schleimhaut bedeckt und freigeblieben ist. Gleichzeitig dringt die Geschwulst in das Innere des Kehlkopfes ein, indem sie sowohl seitlich in der Gegend des m. crico-thyreoideus, als vorn durch das Lig. cricothyreoideum medium durchbricht und sich unter der Schleimhaut nach oben schiebt. Immerhin ist der ganze Process auf der linken Seite intensiver als auf der rechten, so dass auf seitlichen Durchschnitten durch den Larynx wie bei der Betrachtung desselben von oben links die Veränderungen viel stärker sind als rechts, in der Weise, dass links der sinus Morgagni, vollständig ausgefüllt, als wulstförmige Masse in das Kehlkopfinnere vorsteht, überragt von der übrigen, den ganzen Raum zwischen Cart. thyreoidea und lig. aryepiglotticum kugelig ausfüllenden Geschwulstmasse; rechts ist dagegen der sinus Morgagni als solcher noch vorhanden, die Neubildung ist bis zu ihm vorgedrungen, aber noch ohne die Schleimhaut vorzuwölben. — Ueberhaupt ist die Schleimhaut im Innern des Kehlkopfs nirgends usurirt, sondern bedeckt überall die noch normalen Theile wie die Geschwulstmassen; am nächsten einer Usurirung der Mucosa sind die Partien an der Basis des Kehlkopfs, an der Uebergangsstelle in die Trachea, aber auch hier sind die obersten Lagen der Neubildung noch von einem unversehrten Epithelium bedeckt. — Sowohl ausserhalb als im Innern des Kehlkopfs weist die Geschwulst für das unbewaffnete Auge überall denselben Bau auf: Umschlossen nach aussen von einer derben Capsel, zeigen sich auf der Schnittfläche, welche von braunrother Farbe ist, eingelagert in dunkler gefärbte Partien, zahlreiche Inseln von rundlicher Begrenzung und verschiedener Ausdehnung, welche allseitig in einander übergehen. Eine mehr helle bis weisse Färbung und stellenweise faserigen Bau zeigen allein die im Kehlkopfinnern, unter dem lig. glotticum spurium und dem lig. ary-epiglottic. gelegenen Partien der Geschwulst.

Microscopisch ergeben sich nachstehende Verhältnisse: An den ausserhalb des Larynx befindlichen Theilen zeigt schon die schwache Vergrösserung (*Hartnack* Ocul. 3, Obj. 4), dass der Unterschied der Färbung, welcher bei der Betrachtung der Schnittfläche mit blossem Auge auffiel, bedingt ist hauptsächlich durch die

Anwesenheit von frei durch das Gewebe zerstreuten Blutmassen da, wo die Färbung eine mehr oder weniger dunkelbraune ist, während in den übrigen, heller gefärbten Partien nur das eigentliche Krebsgewebe vorliegt. Schon jetzt können wir übrigens sagen, dass von normalem oder strumös entartetem Schilddrüsengewebe nirgends mehr etwas zu erblicken ist, die ganze Geschwulst setzt sich zusammen aus den Elementen der Neubildung. Dagegen finden wir Uebergangsstellen an der ca. 6 Monate früher exstirpirten einen Hälfte des ursprünglichen Kropfes. In der momentan vorliegenden Neubildung zeigt sich ein Wechsel von Partien, die aus mehr lockerem Bindegewebe bestehen mit relativ spärlich vorhandenen Krebselementen mit den Bildern der gewöhnlichen Krebsgeschwulst, wo massenhaft die Krebszellen uns vor Augen liegen, mit dazwischen befindlichem bindegewebigem Gerüste und deutlicher Intercellularsubstanz. Dass aber auch an Stellen, wo sich augenblicklich keine freien Anhäufungen von rothen Blutkörperchen erkennen lassen, solche vorhanden gewesen sind, beweisen die überall in das Gewebe eingestreuten, braunrothen Schollen, welche ohne Zweifel als Umwandlungsproducte der rothen Blutkörperchen zu betrachten sind. In kleinerem oder grösserem Maassstabe, sei es als vereinzelte Schollen, sei es in eigentlichen Haufen, finden sie sich überall, indem sie freilich gegen die macroscopisch dunkelroth gefärbten Partien sich enorm vermehren, in welchen letzteren dann auch massenhafte Anhäufungen von rothen Blutkörperchen sich in das Gewebe eingelagert zeigen; diese Einlagerungen sind durchaus nicht innerhalb präformirter Blutgefässe, sondern es liegen die rothen Blutkörperchen, dicht gedrängt, einfach in den Spalten des Krebsgewebes, also in wandungslosen Bahnen, und sind folglich als eigentliche Blutextravasate in das Gewebe der Neubildung anzusehen; immer stärker treten dieselben auf, je mehr wir uns mit unsern Schnitten der Peripherie der Neubildung nähern, um am innern Rande der bindegewebigen Capsel ihren Höhepunct zu erreichen, so zwar, dass die hier meist bindegewebigen Elemente der Neubildung nur eingestreut erscheinen in das massenhafte, aus rothen Blutkörperchen bestehende Extravasat.

Bei stärkerer Vergrösserung ergibt sich meistentheils eine innige Mischung von Krebszellen mit dem Stroma und Intercellularsubstanz; je nach dem Ueberwiegen des einen oder andern Elementes, im Vereine mit der verschiedenen Grösse und Ausbildung sowohl der Krebs- als der Bindegewebszellen resultiren die Unterschiede im Charakter der Geschwulst. Die Krebszellen liegen meistens in einem aus einigen Bindegewebsfibrillen gebildeten Stroma mit zahlreicher, körniger Intercellularsubstanz, indem sie selbst das hervortretendste Element bilden; an andern Partien aber zeigt das Bindegewebe eine Tendenz zur pathologischen Umbildung, es wuchert, enorm grosse Zellen bilden sich aus, die Intercellularsubstanz und die Krebszellen treten zurück und das Bild des „harten Krebses“ tritt in die Erscheinung. — Die Krebszellen selbst haben eine wechselnde Grösse; von unregelmässiger, meist rundlicher Gestaltung, zeigen die beiden grössten Durchmesser meist nur geringe Differenzen. Die einzelnen Zellen schwanken zwischen einer Grösse von 0,0052 und 0,0294 mm., halten sich aber meist um 0,0105—0,0168 mm. Die Kerne sind überall deutlich vorhanden, gross, rundlich, mit einem Durchmesser

von 0,005 – 0,01 mm., je nach der Grösse der Zelle, welcher sie angehören. Der Zellinhalt ist überall granulirt; an manchen Stellen machen sich auch regressive Veränderungen bemerkbar, indem zahlreiche Zellen eine Fettmetamorphose ihres Inhaltes zeigen, wobei meistens auch der Kern undeutlich wird oder verschwindet. An diesen Stellen finden sich auch in der Intercellularsubstanz zahlreiche Fetttröpfchen.

Endlich sehen wir an manchen Stellen der peripheren Geschwulstpartien ein Gewebe vor uns, welches aus ganz locker zusammengefügten Bindegewebsbalken besteht, mit vereinzelt dazwischen auftretenden Krebszellen; alle Hohlräume aber sind ausgefüllt von den dicht an einander gelagerten rothen Blutkörperchen. Die Krebszellen sind hier häufig reihenweise geordnet, meist eine hinter der andern, wobei die einander anliegenden Zellgrenzen der dunkeln, stark granulirten Zellen oft nur schwer zu erkennen sind; das Ganze sieht den Leberzellenbalken sehr ähnlich, welche wir in der Umgebung von Neubildungen sehen, wo die einzelnen Zellen die Folgen eines starken Druckes aufweisen; auch hier handelt es sich offenbar um eine starke Druckwirkung auf die einzelnen Krebsbalken, indem dieselben reihenweise angeordnet nur an den peripheren Stellen auftreten, wo durch die Anwesenheit der das Ganze umschliessenden derben Capsel und die zahlreichen Blutextravasate die Factoren zu einer energischen Druckwirkung gegeben sind.

Was die Gefässe der Neubildung anbetrifft, sehen wir besonders in den peripheren Theilen sowohl grössere Gefässe verlaufen, als besonders zahlreiche Capillaren.

Das Bindegewebe, welches an vielen Stellen den gewöhnlichen fibrillären Charakter zeigt, erweist sich an andern auch pathologisch verändert, indem sich z. Th. breite Fasern bilden mit mehr oder weniger fibrillenartiger Structur, z. Th. treten in demselben grosse, gekörnte Zellen auf, mit Ausfaserung an den Enden.

Innerhalb des Kehlkopfes treffen wir auf dieselben Verhältnisse wie bei der ausserhalb befindlichen Geschwulst; die Muskeln des Kehlkopfes zeigen meist tiefgehende Degeneration: die Querstreifung ist an vielen Fibrillen verschwunden, der Inhalt reducirt und körnig getrübt. Ebenso findet sich ein Hereinwachsen des Krebses in die traubenförmigen Drüsen, die wir besonders in der Gegend des lig. glott. spur. antreffen. In der Morgagni'schen Tasche reicht die Neubildung mit papillenartigen Vorsprüngen stellenweise dicht bis unter die Epitheldecke der Mucosa, ohne dieselbe jedoch zu durchbrechen. An diesen Partien treten vorzüglich kleine, rundliche Krebszellen auf, die offenbar in starker Vermehrung begriffen sind.

Gehen wir nun über zu dem ursprünglich exstirpirten Kropfe, so treffen wir nirgends mehr das gewöhnliche Bild eines Struma follicularis; es zeigen sich zwar hin und wieder Partien, in welchen noch Drüsenbläschen vorhanden sind, allein auch hier finden sich tiefgehende Veränderungen, hauptsächlich in 2 Richtungen, indem sowohl die Drüsenbläschen als das umgebende Bindegewebe nicht mehr normal erscheint. An den Bläschen treffen wir als wichtigstes Moment eine Umwandlung der Drüsenzellen in Krebszellen; es ist eine Vermehrung derselben eingetreten, welche in excentrischer Richtung fortschreitend, an einzelnen Stellen

Reihen von Krebszellen erkennen lässt, welche in das umgebende Bindegewebe eindringen und dort zerstreut bald in grössern, bald in kleinern Gruppen auftreten.

Gleichzeitig mit der beginnenden krebsigen Degeneration der Drüsenzellen ist aber auch das Bindegewebe eine Veränderung eingegangen: Es ist stark gewuchert, vorerst ohne bedeutende Zunahme der in das Gewebe eingestreuten Bindegewebskörperchen; es präsentiren sich uns einfache, enorm entwickelte Bindegewebsmassen von mehr oder weniger streifigem Aussehen, seltener eigentlich fibrillärem Charakter und dazwischen eingestreuten Kernen. Es schieben sich auf diese Weise an allen Puncten breite Brücken zwischen die einzelnen oder in kleinen Gruppen bei einander stehenden Drüsenfollikel und in dieses umgebende Bindegewebe hinein wuchern dann die aus den Drüsenepithelien herstammenden Zellen der Neubildung. Das Resultat ist ein Zugrundegehen der Follikel; indem aber gleichzeitig mit dem Bindegewebe die Krebszellen reichlich sich vermehren, nimmt je nach der Prävalenz des einen oder andern Elementes auch die Geschwulst einen verschiedenen Charakter an, indem bald das starre Bindegewebe in den Vordergrund tritt, vielleicht durchsäet von massenhaften braunen Pigmentschollen, den Ueberresten umgewandelten Blutfarbstoffes, bald im Bindegewebe die Krebszellen sich stark vermehren, doch ohne dass je der Charakter des harten Krebses gestört wäre. Dabei ändert sich aber auch an den meisten Stellen das einzelne Bindegewebselement aus. Es entwickeln sich pathologische Zellformen; enorm grosse, meist spindelförmige Zellen treten auf, oder auch mit kürzerem Zellleib und ein- oder beidseitig in lange Fibrillen auslaufend; es zeigt sich eine körnige Trübung des meist flachen Zellgebildes und ein deutlicher grosser Kern, mit andern Worten, eine Umwandlung des Bindegewebes in Sarcomzellen.

Indem wir, auf diesem Puncte angelangt, zugleich in eine Discussion über das Wesen der ganzen Neubildung eintreten, müssen wir, gestützt auf die Bilder, wo die Bläschen noch erhalten sind, constatiren, dass es sich um ein Agens handelt, welches ursprünglich bewirkte, dass sowohl die Drüsenzellen anfingen sich zu vermehren und als Krebszellen in das umgebende Bindegewebe hinein zu wuchern, als dass gleichzeitig eine enorme Vermehrung des Bindegewebes sich einstellte, ohne dass dasselbe vorläufig in pathologische Zellformen überging. In der Folge verfiel dann aber offenbar auch das Bindegewebe einer pathologischen Umwandlung: aus dem wenig differenzirten, bald mehr wellenförmigen, bald mehr fibrillären Bindegewebe mit wenigen eingestreuten Bindegewebskörperchen entwickeln sich die einzelnen Zellen selbstständiger, sie lassen sich beim Zerzupfen des Präparates isoliren und es erweist sich an den weitaus meisten Stellen der primär exstirpirten Geschwulst das harte Gewebe zusammengesetzt aus den dicht gemischten Krebs- und Bindegewebszellen, resp. Sarcomzellen. Dass wir überhaupt eine Trennung dieser beiden Zellformen, resp. eine verschiedene Genese derselben annehmen, stützt sich auf folgende Puncte: Es lässt sich an den noch erhaltenen Uebergangsstellen direct nachweisen, dass die Drüsenepithelien sich zu Krebszellen umwandeln und in das umgebende, gewucherte, aber sonst in seinem Charakter noch nicht als Sarcomgewebe auftretende Bindegewebe eindringen, wo sie in Reihen und kleinen Nestern auftreten; dann finden wir, in der primär exstirpirten

Geschwulst seltener, in der secundär entfernten sehr häufig, solche Stellen, wo das Gewebe durchaus den Charakter des Krebses trägt, wo die Krebszellen innerhalb eines bindegewebigen Stromas sitzen, mit zahlreicher Intercellularsubstanz, so dass wir schliesslich die ganze Neubildung bezeichnen müssen als einen harten Krebs oder mit Beziehung auf die stark ausgesprochene Degeneration der Bindegewebselemente, resp. der vom mittlern Keimblatte herrührenden Bestandtheile als ein Carcinoma sarcomatodes.

(Schluss folgt.)

Vereinsberichte.

Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.

3. Sitzung des Sommersemesters 23. Mai 1882 im Café Sternwarte.

Präsident: Prof. *Pflüger*. Actuar: Dr. *Ost*.

Anwesend 34 Mitglieder.

1. Vortrag von Prof. *Lichtheim:* Die neuen Entdeckungen über die Aetiologie der Tuberculose.

Nach einem kurzen Ueberblicke über die Umwandlungen, welche die Frage der Tuberculose in den letzten Jahrzehnten durchgemacht hat, referirt der Vortragende über die neuen Entdeckungen *Koch*'s und demonstrirt gleichzeitig die von ihm entdeckten Parasiten der Tuberculose und die zu ihrer Auffindung und Reinzüchtung angewendeten Methoden.

Im Anschluss hieran bespricht er die Consequenzen, welche diese Entdeckungen für die Auffassung der tuberculösen Erkrankungen hat. Während die Schwierigkeit, die infectiöse Genese vieler tuberculöser Krankheiten zu verstehen, es bisher verhinderte, dass die Auffassung der Tuberculose als chronische Infectionskrankheit eine allgemeine wurde, ist dem lückenlosen Beweise gegenüber, den *Koch* geleistet hat, kein Zweifel mehr möglich. Die Schwierigkeiten, welche auch jetzt noch für das Verständniss vieler tuberculöser Localisationen übrig bleiben, sind nicht mehr Einwände gegen die infectiöse Natur der Krankheit, sondern Probleme, deren Lösung über kurz oder lang gelingen muss.

Dasselbe gilt von der Erfahrung über die hervorragende Rolle, welche die Heredität in der Fortpflanzung der Tuberculose spielt. Der Vortragende bespricht die verschiedenen Deutungen, welche die Anhänger der Infectionstheorie für diese schwer verständliche Thatsache gegeben haben; er führt aus, wie allein die Annahme einer vererbten Disposition, einer angeerbten mangelnden Resistenz des betreffenden Körpers den eindringenden Parasiten gegenüber, haltbar ist.

Er knüpft ferner daran eine Auseinandersetzung über die nächsten practischen Consequenzen der Entdeckung *Koch*'s. Zunächst ist sie von enormer Bedeutung für die Diagnostik. Die anatomische Erkennung der Tuberculose hat eine bisher nicht vorhandene Präcision gewonnen. Tuberculös ist Alles, in dem Tuberkelbacillen aufgefunden werden. Die unmittelbare Einsicht auf diesem Gebiet war der unanfechtbare Beweis für die Identität der Lymphdrüsenscrophulose und der Perlsucht mit der Tuberculose.



Auch für die klinische Diagnostik scheint die Entdeckung *Koch*'s von Bedeutung zu sein, doch sind die Erfahrungen hier noch zu spärlich.

Von grosser Bedeutung verspricht die Entdeckung ferner zu werden für Prophylaxe und Therapie der Krankheit. Wenn auch die Gefahr der Uebertragung beim Verkehr mit Kranken augenscheinlich nicht sehr gross, so ist sie doch nicht ganz zu vernachlässigen. Die Consequenzen, welche sich hieraus ergeben, sind fast selbstverständlich. Besondere Aufmerksamkeit wird den Sputis zu schenken sein. Die feuchten Sputa sind sicherlich viel weniger gefährlich als die eingetrockneten; dem entsprechend werden die Vorsichtsmaassregeln einzurichten sein.

Eine grosse Bedeutung für die Erzeugung der Krankheit hat vielleicht auch, wie schon längst behauptet, die Milch tuberculöser Kühe. Der Genuss roher Milch, die vor der gekochten keinen Vorzug hat, ist gänzlich zu unterlassen.

Sehr nahe liegen auch die Consequenzen für die directe Behandlung der Krankheit. Freilich ist hier zunächst Alles zu schaffen: die bisherigen therapeutischen Vorschläge, welche von diesem Gesichtspuncte ausgingen, haben sich nicht bewährt. Die unmittelbarste Wirkung wird hier unzweifelhaft der Behandlung der chirurgisch tuberculösen Erkrankungen zu Theil werden. Ob es möglich ist, durch Inhalation von Arzneien, welche die Parasiten der Tuberculose vernichten, eine einigermaassen erhebliche Lungenschwindsucht zum Stillstand zu bringen, müssen erst viele Erfahrungen zeigen. Die Bedingungen sind jedenfalls keine sehr günstigen.

Schluss der Sitzung 11 Uhr.

4. Sitzung des Sommersemesters vom 13. Juni 1882 im Café Sternwarte.

Anwesend 16 Mitglieder.

1. Vortrag von Dr. *Dick*: Ueber die Indicationen zur Einleitung des künstlichen Abortus.

Der Vortragende, veranlasst durch zwei von ihm beobachtete geburtshülfliche Fälle, wo er sich veranlasst sah, aus einem selten als Indication auftretenden Grunde den künstlichen Abortus einzuleiten, erwähnt zunächst im Allgemeinen und Speciellen die Indicationen zur Einleitung des künstlichen Abortus, jedoch ohne auf eine Kritik derselben einzugehen. Specieller wird dagegen die in besagten Fällen des Vortragenden vorhanden gewesene Indication, nämlich Genitalblutung besprochen. Nach Erwähnung der verschiedenen Quellen und Ursachen der Genitalblutungen bei Gravidität wird darauf aufmerksam gemacht, dass Genitalblutungen von verschiedenen geburtshülflichen Lehrbüchern als Indication zur Unterbrechung der Gravidität nicht erwähnt werden, von Andern sogar als dazu nicht Veranlassung gebend angesehen werden, so z. B. von *Schröder*, während *Scanzoni* dagegen diese Indication anerkennt.

In dem einen Falle handelte es sich um Gravidität im 3. Monat, im andern im 5. Monat, als der Abortus eingeleitet wurde. Beide Frauen hatten vorher während 4—5 Wochen trotz entsprechender Behandlung, wie Bettruhe, mehrmalige Tamponade, bedeutende Blutungen, so dass die Zeichen der allgemeinen Anæmie sich geltend machten. Da trotz der vorgenommenen Tamponade spontaner Abor-

tus nicht eintrat und die Blutungen nicht sistirten, im Gegentheil die Mutter gefährdeten, wurde zum künstlichen Abortus geschritten.

In beiden Fällen war ein Abgestorbensein der Früchte (Mole) angenommen worden; jedoch trotz der bedeutenden Blutungen waren die Früchte am Leben geblieben; die 3monatliche Frucht wurde in ganz frischem Zustande ausgestossen; beim andern Falle wurden zwei Früchte, von denen eine noch Bewegungen machte, geboren. In beiden Fällen waren als Quellen der Blutungen Blutgerinnsel verschiedenen Alters zwischen Decidua und Chorion nachzuweisen, die beinahe das ganze Ei überzogen.

Trotz der Geburt frischer Früchte war aber doch die Unterbrechung der Gravidität sehr wohl indicirt, da beim Auftreten der Zeichen allgemeiner Anæmie zu den Zeiten der Gravidität an ein Austragen der Früchte doch nicht zu denken war.

Es folgt aus diesen Beobachtungen, dass wenn auch bedeutende, lange andauernde Blutungen die Veranlassung zu Abtrennungen des Eies geben, der Tod der Frucht doch nicht nothwendiger Weise eintreten muss, dass daher beim Entschlusse zur Einleitung des künstlichen Abortus mit grosser Vorsicht vorgegangen werden muss und dass Genitalblutung jedenfalls selten zu besagter Encheirese Veranlassung geben wird. Es ist jedoch diese Indication in die Lehrbücher aufzunehmen.

Durch die Beobachtung eines 3. Falles wird die Mahnung zur Vorsicht noch bestätigt. Eine Frau, die mehrmals normal geboren hatte, bekommt im 4. Monat der Schwangerschaft eine bedeutende Blutung, mehrere Tage dauerte der Blutabgang an und nachher noch während 4 Wochen fand ein Ausfluss von blutigjauchiger Flüssigkeit aus den Genitalien statt; trotzdem starb die Frucht nicht ab, sie wurde ausgetragen und fand sich dann nach der Geburt an der Placenta eine fibröse Degeneration in der ganzen Dicke derselben vor, die etwa $^1/_5$ der ganzen Placenta einnahm. Diese bedeutende Lostrennung und Degeneration hatte nicht einmal das kindliche Leben gefährdet.

Bezüglich der Einleitung des künstlichen Abortus wurde die Dilatation mit Quellmitteln (Pressschwamm) unter antiseptischen Cautelen vorgenommen; beide Fälle verliefen rasch und fieberlos.

In der Discussion spricht sich Prof. *Müller* dahin aus, dass an und für sich hochgradige Genitalblutungen während der Gravidität ganz wohl die Indication zur Einleitung des künstlichen Abortus rechtfertigen können; die Schwierigkeit liege aber darin, den Zeitpunct zu bestimmen, wo eine directe Gefahr für die Mutter auftrete, welche die sofortige Beendigung der Schwangerschaft erheische. Dieser Entscheid hänge ab vom subjectiven Ermessen des jeweiligen Arztes und daraus erkläre sich die Differenz in den Ansichten der verschiedenen Autoren; jedenfalls bilde Blutung eine sehr seltene Indication zur Einleitung des Abortus. Prof. *Müller* hatte nur einmal Gelegenheit, wegen Blutung die Operation auszuführen. Bei einem zweiten Falle war der künstliche Abortus in Aussicht genommen worden, als die Blutungen sistirten und die Schwangerschaft ihr normales Ende erreichte.



Dr. *Conrad* neigt sich mehr zur Anschauung von *Schröder* und räth sehr zur Vorsicht bei der Aufstellung dieser Indication für die Einleitung des künstlichen Abortus. Er selbst hat weder als Assistent von Prof. *Breisky* noch seither Veranlassung gefunden, die Schwangerschaft wegen Blutung künstlich zu unterbrechen; in einigen Fällen war allerdings die Operation in Aussicht genommen worden, die Gefahr für die Mutter schien sich aber zu vermindern und schliesslich wurden ausgetragene lebende Kinder geboren. Dr. *Conrad* glaubt, dass wie bei der Indication wegen unstillbaren Erbrechens, welches in den meisten Fällen einem geeigneten Regime, passender medicamentöser Behandlung weiche, auch die Blutungen meist durch rationelle Behandlung, Bettruhe, Tamponade etc. sich beherrschen lassen. Die Diagnose einer Mole sei ausserordentlich schwer, ja fast unmöglich, die Grösse der Blutungen erfahrungsgemäss nach dieser Richtung nicht zu verwerthen, wie auch der Fall von *Dick* illustrire. Bezüglich der Quelle der Blutungen hat Herr *Conrad* dieselbe einmal von spitzen Condylomen der Vaginalportion herrührend gefunden und möchte daher auch Erosionen am Muttermund für die Blutung als nicht unwesentlich erachten.

Dr. *Dick* will das Erbrechen nicht auf gleiche Stufe gestellt wissen wie Blutungen bezüglich der Indication zum künstlichen Abortus; ersteres sei einer medicamentösen Behandlung eher zugänglich als die Blutungen.

Dr. *Conrad* möchte mit seiner Anschauung blos den Standpunct des practischen Arztes wahren bei der grossen Seltenheit der Fälle; wo die Indication wirklich vorliege, nicht voreilig die Schwangerschaft zu unterbrechen.

2. Vortrag von Prof. *Pflüger:* Ueber die Ernährung der Hornhaut.

Bis vor wenigen Jahren herrschte Uebereinstimmung in der Ansicht, dass die Hornhaut vom Rande her ernährt werde. *Cohnheim*, *Waldeyer*, *Coccius*, *Leber* vertraten, gestützt auf experimentelle Untersuchungen, diese Anschauung. In jüngster Zeit gelangten *Knies*, *Ulrich*, *Weiss*, ebenfalls auf Experimente sich stützend, zu der entgegengesetzten Auffassung, dass die Cornea ihre Ernährungsflüssigkeit vom Humor aquæus beziehe. Die Experimente dieser Forscher sind nicht einwurfsfrei und ihre Resultate daher nicht zwingend. Die ältere Anschauung vom centripetalen Flüssigkeitsstrom fand ihre Vertheidiger wieder in *Heirath* und *Dennissenko*. Auf die einfachste und unzweideutigste Weise kann die Richtung des Lymphstromes demonstrirt werden durch locale Application von Fluorescëin auf Cornea und Conjunctiva, nachdem der Cornea ein Epitheldefect beigebracht oder die Conjunctiva am Limbus eingeschnitten worden ist. An einem Kaninchen wird demonstrirt, wie von einem peripheren Epitheldefect das Fluorescëin in wenig Minuten in der Cornea bis zur Mitte vorgerückt ist, während von einem centralen Defect der Farbstoff nicht gegen die Peripherie fortschreitet. Kurze Zeit, nachdem der Farbstoff in die Cornea eingedrungen ist, lässt sich derselbe im Kammerwasser nachweisen, während umgekehrt die Hornhaut nicht fluorescirt, wenn die Substanz unter physiologischem Drucke in die vordere Kammer eingeführt wird. Wenn *Schöler* Cornealfluorescenz nach Injectionen in die vordere Kammer und in den Glaskörper beobachtet hat, so kann er die physiologischen Druckverhältnisse nicht eingehalten haben, er gibt ausdrücklich selbst an, dass vom Glaskörper in die vordere

Kammer durch die Zonula hindurch ein Flüssigkeitsstrom nie unter normalen Verhältnissen statthabe, wohl aber bei künstlicher Erhöhung des Glaskörperdruckes. Dasselbe gilt für die vordere Kammer.

Den centripetalen Flüssigkeitsstrom in der Cornea beobachtet man ferner, wenn man Fluorescëin mit der *Pravaz*'schen Spritze in einen Rectus injicirt, was bei der Gefässvertheilung leicht verständlich ist, ferner bei Injection unter die Conjunctiva fast am Limbus, nicht aber weiter hinten, gegen den Aequator zu.

Fragen wir, auf welchen Wegen das Nährmaterial die Hornhaut passirt und suchen wir nach einer Antwort hierauf in der Literatur. *Leber* spricht sich in seiner Arbeit „die Circulations- und Ernährungsverhältnisse des Auges" vom Jahr 1876 auf Grund von Beobachtungen über Resorption von Blutlaugensalz von der Oberfläche der Cornea, bei welchen das Salz in der ersten Zeit nur in die Intercellularsubstanz und nicht in die sternförmigen Körperchen und in die Nerven der Hornhaut eindringt, dahin aus, dass noch kein sicherer Beweis für die Annahme von saftführenden Parenchymcanälchen oder serösen Gefässen der Hornhaut vorliege. Der Vortragende glaubt aber, dass gegenwärtig diese Annahme eine begründete sei; er stützt sich dabei zunächst auf die von *Preiss* in der Membrana Descemetii nachgewiesenen Lymphbahnen, auf deren Zusammenhang mit den Saftcanälen des Hornhautparenchyms. Dieselben werden demonstrirt an einer Anzahl vom Assistenten der Augenklinik, Herrn *Schwyn*, angefertigten Präparaten. Ferner werden zur Unterstützung dieser Ansicht die Erfahrungen herangezogen, die über Tätowirungen an kranken Menschenaugen und an normalen Thierhornhäuten gemacht worden sind. Als maassgebend für den Vortragenden hält derselbe endlich ein Experiment, das er im letzten Winter an einem Frosche angestellt hat. Einem Frosche wurde die Conjunctiva am Limbus auf einem Quadranten durchgeschnitten, der Limbus selbst noch oberflächlich angeritzt und nun Blutlaugensalz aufgeträufelt; nach einiger Zeit wurde sehr verdünnte Eisenchloridlösung auf die wunde Stelle gebracht, was zur Bildung eines blauen, unter dem Epithel ziemlich weit gegen die Hornhautmitte reichenden Sectors führte. Nach circa 10 Tagen war dieser blaue Sector verschwunden, ohne dass es etwa zu einer Ulceration gekommen wäre. Es bleibt daher kaum eine andere Erklärung möglich, als dass das nicht diffundirende Berlinerblau dem centripetalen Flüssigkeitsstrome folgend in die vordere Kammer gewandert sei, was hinwieder präformirte saftführende Parenchymcanäle, Lymphgefässe, die normaliter für die Ernährung der Hornhaut von capitaler Wichtigkeit sind, voraussetzt. Dieses Lymphgefässsystem besteht aber einzig und allein in den anastomosirenden Zellkernen der Hornhaut.

Man könnte bei dem Verschwinden des Berlinerblau aus der lebenden Hornhaut zu der Erklärung greifen, dass das Pigment sich verändert und entfärbt, wie dies an microscopischen Hornhautpräparaten nach Wochen und Monaten vorkommt. Diese Erklärung halte ich aber in unserem Falle für sehr unwahrscheinlich, weil das Pigment in verhältnissmässig kurzer Zeit verschwand und weil die Hornhaut ihre vollkommene Transparenz wieder erlangte.

Schluss der Sitzung $10^1/_2$ Uhr p. m.



Referate und Kritiken.

Das Empyem und seine Behandlung.

Von *W. Wagner*. 30 S.

Ueber die Punction der Pleurahöhle und des Herzbeutels.

Von *A. Fiedler*. 26 S.

Sammlung klinischer Vorträge. Von *R. Volkmann*. Nr. 197 und 215.
Leipzig, Breitkopf & Härtel.

Hilft bei einem einfachen pleuritischen Exsudat, über dessen seröse Natur die Probepunction mit der gut desinficirten *Pravaz*'schen Spritze sofort Aufschluss gibt, die medicamentöse Behandlung (Diæta sicca, [1]) Diurese, Diaphorese, Laxantien) nicht, so soll nach längstens 2—3 Wochen die Pleurahöhle punctirt werden, also zu einer Zeit, da die Lunge ihre Elasticität noch nicht eingebüsst hat und noch keine soliden Adhärenzen entstanden sind.

Fiedler operirte früher mit *Fräntzel*'s Troicart (ursprünglich Trois-quart, von der dreieckigen Spitze, seither in allen Variationen geschrieben), nun mit seinem eigenen Instrument (bei *Deicke*, Instrumentenmacher, Dresden, Johannisstrasse 6, zu 7 Mark). Es ist eine Hohlnadel, in welcher eng anschliessend eine vorn abgestumpfte Canule liegt, die durch eine Gummistopfbüchse in der Hohlnadel hin und her geschoben werden kann und am Ende einen Gummischlauch trägt, 1 Meter lang. Der Schlauch mündet in ein Gefäss, das, wegen des Ueberfliessens, in einem grössern Napfe steht.

Beim Gebrauche der Doppelhohlnadel wird die Canule zurückgezogen, die Hohlnadel, deren Lumen etwas gross ist (Canule 2,5—3,0 mm. im Lumen) eingestochen und dann die Canule sofort über die Spitze der Hohlnadel vorgeschoben, im Uebrigen nach bekannter Weise verfahren. *F.* schätzt die gleichmässige Aspirationskraft des Schlauches (Hebers) sehr hoch, so hoch wie die der *Katsch*'schen Spritze oder des *Dieulafoy*'schen Aspirateurs, bei grösserer Ruhe und Gleichmässigkeit und dem Mangel aller Hähne (Quetschhähne nur am Anfang, da der Schlauch, der unter einer desinficirenden Flüssigkeit mündet, mit Carbolwasser gefüllt ist. Verstopfungen beseitigt ein Heben des Schlauches (natürlich mit Heben des Receptionsgefässes) oder dann ein durch den Gummischlauch eingestochener, vorzuschiebender Draht. *F.* punctirte so Pleura, Pericard und Abdomen.

Aus der Pleura lässt *F.* so viel als möglich abfliessen, hat aber die fatale Erfahrung gemacht, dass weitaus die grösste Zahl der pleuritischen Exsudate „einen tuberculösen, bez. phthisischen Hintergrund haben", und dass die idiopathischen sogen. rheumatischen Brustfellentzündungen sehr selten sind; bei 21 Pat. dauernde Heilung (auch nach 1 bis 2 Jahren), von 91 andern 25 an Phthisis gestorben, 66 mit Phthisis oder doch derselben sehr verdächtig ausgetreten; also 18% geheilt, allen Uebrigen wesentlich geholfen. 29 Mal hämorrhagisches Exsudat, meist bei carcinomatöser oder tuberculöser Pleuritis (leichte Blutbeimischungen beweisen nichts), doch Ausnahmen (1 Fall von dauernder Heilung in 3 Wochen bei 2500 cm. stark hämorrhagischer Flüssigkeit) möglich.

Bei Eiter (Empyem) genügt die Punction bei Kindern oft, bei Erwachsenen sehr selten.

Wagner will dagegen bei Empyem (Diagnose durch wiederholte und an verschiedenen Stellen ausgeführte Probepunction mit *Pravaz*) höchstens einmal punctiren, da bei wiederholten Punctionen die Beschaffenheit des Eiters schlechter wird (Geruch, mehr Gerinnsel; *W.* sagt wiederholt, der Eiter werde putrid, was ich nicht für correct halte).

Bei einfachem Empyem (pus bonum, keine Gerinnsel) genügt die einfache Schnittoperation, wenn sie bald und unter allen antiseptischen Cautelen ausgeführt wurde; dicker Drain, rasche Heilung.[2])

W. ist für möglichst frühzeitige Operation; es sei ein Abscess (Perforation

---

[1]) v. *Sonderegger*, Corr.-Bl. 1873, p. 88 u. ff.

[2]) Es ist interessant, dass schon *Hippocrates* den Schnitt ausführte (9. Intercostalraum), während zu gleicher Zeit die Punction durch das Ferrum candens angewandt wurde — neuerdings wiederholt durch einige Thermocauterenthusiasten!

durch die Bronchien [1]) gefährlich und nur bei Kindern erfolgreich); Hauptsache bleibt, Möglichkeit der Wiederausdehnung der Lunge und das Wiederanlegen derselben an die starre Thoraxwand. Bei „irgendwie complicirten Fällen ist jeder Versuch der Punction absolut verwerflich."

Möglichst vollkommener Abfluss des Eiters ist conditio sine qua non; deshalb neuerdings der Doppelschnitt empfohlen, erst in der vordern Axillarlinie im 5. Intercostalraum und sofort, ehe die Lunge vorrückt, mit einer Sonde die tiefste Stelle hinten zu suchen und einzuschneiden.

Die Incision im 9. oder 7. Intercostalraum hinten (handbreit neben der Wirbelsäule), oft sehr erschwert durch Hochstand des Zwerchfelles (Adhäsionen). Am besten Schnitt im 6. (event. 5.) Intercostalraum, dicht am Rande des Latissimus dorsi; aber der Pat. muss dann so gelagert sein (auch bei der Nachbehandlung), dass er auf der Seite liegt, und dass der Steiss um einige Zoll erhöht wird. Dann fliesst Alles aus.

Technik der Operation: Narcose immer möglich. *W.* machte bisher Weichtheilschnitt, hält aber die Methode *König*'s (directe primäre Resection eines 2 cm. langen Stückes Rippe subperiostal und durch diese Lücke in den Thorax) für das Beste; Einführen des Fingers und Abtasten event. Ausräumen der Gerinnsel; bei gutem Eiter keine Ausspülung; bei stinkendem Eiter und Flocken Ausspülung (event. täglich wiederholt) und zwar 3% Carbol- (gefahrlos in seinen 15 Fällen), 7—10% Borsäure-, 3—5 (ja bei alten Empyemen bis 10)% Chlorzink-, 5% essigsaure Thonerdelösung; Salicyl- und Thymollösungen zu schwach. Dicker Drain (besser als Canule) bis 5 cm., aussen durch den Drain Carlsbadernadel, welche durch 2 Seidenschlingen, die durch die Hautränder gehen, festgeknotet wird. Exacter *Lister*'scher Verband von der Achselhöhle bis zum Becken.

Die Mittheilungen über alte Empyemfisteln und ihre complicirte Behandlung übergehe ich und skizzire nur noch die Punctio pericardii. Die Diagnose des Hydrops pericardii ist oft schwierig, und es sind wiederholt Tumoren des Mediastinum irrthümlich statt pericardialer Exsudate punctirt worden; deshalb Probepunction mit *Pravaz* Hauptsache; das Anstechen des Herzens ist nicht gefährlich, ja sogar nach Anstechen mit dem Troicart wurde Heilung beobachtet.

Die Punctio pericardii ist schon oft ausgeführt worden: *Dressler* (1864) hat 23, *Hindenlang* (1879) schon 50 mit 82% Heilungen, *Roberts* (Philadelphia, 1879) 49 Fälle mit 47% Heilungen zusammengestellt. *Huguenin,* nach brieflicher Mittheilung, dreimal: zweimal bei serösem Exsudat, einmal mit Heilung (680 grmm. entleert, Rest spontan resorbirt), das andere Mal Tod nach 2 Tagen an Collaps; einmal bei eitrigem Exsudat; Schnittoperation, Tod nach Oblitteration des Pericardes. Section: Tuberculosis miliaris beider Lungen neben alten Processen. Der Troicart führte immer sicher zum Ziel; besser wäre ein etwas gebogener. Die Punction mit dem Troicart gelingt nach *Fiedler* oft nicht, da nur die Spitze des Stiletes eindringe und die nicht federnde Canule an dem beweglichen Herzbeutel hängen bleibe, ohne ihn zu durchbohren; die Hohlnadel dagegen ist gefährlich, weil das Herz sich in sie einsticht. *F.* empfiehlt deshalb seine Doppelhohlnadel.

Bei eitrigem und hämorrhagischem Exsudat ist nur die Incision, von *Rosenstein* mit Erfolg ausgeführt, mit exactester Antisepsis am Platze.

Ich mache schliesslich auf den von *Huguenin* [2]) vortheilhaft modificirten *Fräntzel*'schen Troicart aufmerksam: hinter dem Hahn läuft das Stilet in einer metallenen Stopfbüchse; nach dem Einstich wird es zurückgezogen, der Hahn abgedreht und nun eine neue Stopfbüchse mit einem Obturator (Ausräumer) aufgesetzt, so dass jeden Augenblick die Canule gefahrlos kann gereinigt werden. Der Instrumentenmacher *Walter-Biondetti* (Basel) liefert diesen Troicart, sowie in dieser Weise mit Hohlnadeln und Troicarts montirte Aspirationsapparate *(Potain, Dieulafoy)* in vorzüglicher Ausstattung. Bei den Hohlnadeln könnte in gleicher Weise natürlich statt des Obturators auch die *Fiedler*'sche innere Canule angebracht werden.

A. Baader.

---

[1]) v. dagegen *C. Fischer,* Corr.-Bl. 1873, p. 57; *Kunz,* eodem loco 1873, p. 589; *A. Baader,* a. a. O. 1873, p. 593 und *A. Steiger,* eod. loco 1875, p. 57, letzterer mit 21 Perforationsfällen.

[2]) Vide auch die ganz vorzügliche Arbeit *Huguenin*'s: „die operative Behandlung der Flüssigkeitsansammlung in der Pleura" (im schweiz. Medicinal-Kalender 1880, p. 22—40), welche die Frage in ausgezeichneter Weise klar stellt.



Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathologischen Anatomie und Pathogenese mit einem Anhang über die Technik der pathologisch-anatomischen Untersuchung.

Für Aerzte und Studirende. Von Dr. *Ernst Ziegler*, Professor der pathologischen Anatomie an der Universität Zürich. I. und II. Theil, 1. Hälfte (710 Seiten).
Jena, Fischer, 1881.

Wenn auch eine etwas rauh wehende Schweizerluft unseren Landsmann *Ziegler* die Heimath nach nur einjährigem Wirken wieder mit Deutschland vertauschen liess (er bekleidet jetzt den Lehrstuhl der pathologischen Anatomie in Tübingen), verstand es der junge Forscher doch, geistig uns nahe zu bleiben und zwar ganz besonders durch Schaffung seines Lehrbuches.

Wie der Titel sagt, ist dasselbe den Aerzten und Studirenden gewidmet und darf daher in diesen Blättern nicht unbesprochen bleiben. — Guter „Lehrbücher" der pathologischen Anatomie haben wir noch keineswegs zu viele. Ausserdem bildet das *Ziegler*'sche Buch die Fortsetzung resp. neue Bearbeitung des *Förster*'schen Lehrbuches und verdankt seine Entstehung einer Aufforderung der Verlagshandlung an *Ziegler*, diesem Lehrbuch eine neue Auflage zu geben. Dass der Verfasser dann dieses treffliche ältere Werk ganz umarbeitete und neu aufbaute, ergab sich von selbst aus der Umgestaltung, welche gerade die wichtigsten Fragen der pathologischen Anatomie in den letzten Jahrzehnten erfahren haben. Dass aus dieser Arbeit eines der besten Lehrbücher der pathologischen Anatomie resultirte, die wir haben, konnte bei dem ausgeprägten Lehrtalente des Verf. nicht ausbleiben. Dazu kam, dass derselbe über eigene Arbeiten und über practische Erfahrung in jeder Hinsicht so verfügte, wie es für den Autor eines guten Lehrbuches nothwendig ist und kaum besser gewünscht werden könnte. Dabei ist im Auge zu behalten, dass der Verf. seit Jahren den mannigfachsten Fragen der pathologischen Anatomie seine Thätigkeit widmete und nicht blos in einer bestimmten, mehr oder weniger einseitigen Richtung arbeitete. Dies nimmt auch der Leser des Buches bald wahr und bekommt das angenehme Gefühl, dass der Autor des Lehrbuches mit voller Berechtigung bald da, bald dort in Streitfragen seine subjective Ansicht klar hervortreten lässt, ohne aber dabei die rein sachliche Wiedergabe der verschiedenen anderweitigen Ansichten aus dem Auge zu verlieren. Durch solche kritische Sichtung gewinnt natürlich die Anschaulichkeit einer streitigen Sache sehr. Diese sind aber, wie bekannt, in der pathologischen Anatomie nicht selten. — Uebrigens gibt der Verf. jeweilen für die wichtigsten Fragen und Capitel die Hauptquellen der Literatur an zum Zweck eingehenden Studiums der betreffenden Materie.

Auf den ersten Blick möchte man glauben, das Werk werde, wenn es beendigt sein wird, etwas zu voluminös ausfallen, namentlich für den Studirenden. Bei näherem Zusehen ergibt sich jedoch, dass einmal die in vorliegender Abtheilung vorhandenen 192 Abbildungen einen grossen Raum beanspruchen. Diese Abbildungen sind unentbehrlich und bilden sogar eine der grössten Zierden und Annehmlichkeiten des Buches. Denn für das genaue Verständniss namentlich microscopischer Schilderungen sind Abbildungen unumgänglich nothwendig und je zahlreicher sie sind, desto leichter und fruchtbarer wird die Lecture. Die Zeichnungen in *Ziegler*'s Werk nun sind durchgängig ausgezeichnet. Sie gehören grossentheils zum Besten, was der Holzschnitt bis jetzt in der Wiedergabe microscopischer Bilder leistete.

Im Fernern wolle man nicht vergessen, dass durch eine etwas detaillirte ausführliche Schreibweise, wie Verf. sie durchführt, die dem ernsten Studium gewidmete Lecture sehr erleichtert wird. Die drangvolle Enge mancher moderner Hand- und Lehrbücher (man nennt sie jetzt Compendium) ist verwerflich und würde besser in der Journal-Literatur verwendet, die in der behaglichen Breite bald alle Grenzen zu überschreiten droht.

Unter den Fragen, die dem practischen Arzte wohl am ehesten wieder ein Lehrbuch der pathologischen Anatomie in die Hand nöthigen, steht wohl die der „Microorganismen," der „infectiösen" oder „belebten Krankheitsträger" obenan. Hier fliesst ja der Strom der Forschung am kräftigsten. In diesem Capitel der Spalt-, Spross- und Schimmelpilze findet der Leser des *Ziegler*'schen Lehrbuches in vorzüglicher Anordnung alles thatsächlich festgestellte hinsichtlich Morphologie, Biologie, Vorkommen ausser- und innerhalb des menschlichen Organismus, den Einfluss dieser Pilze auf die Gewebe, ihre Beziehungen zu den Infectionskrankheiten etc., all' dies mit sorgfältigster und umsichtigster Beachtung

der zahllosen hierüber vorliegenden Arbeiten. Hinsichtlich der jetzt so energisch discutirten Veränderlichkeit der Microorganismen aus unschädlichen Formen zu schädlichen und umgekehrt sagt Verf.: „Die Erkenntniss, dass bei einzelnen Formen der Spaltpilze die physiologischen Eigenschaften sich ändern lassen, darf indessen nicht dazu verleiten, dieser Mutabilität eine allzu grosse Ausdehnung zu vindiciren" und ferner: „Die Geschichte der Infectionskrankheiten spricht eher dafür, dass auch hier wie bei andern Mutationen der Thier- und Pflanzenwelt die Abänderungen der Eigenschaften nur sehr langsam sich vollzogen haben, dass die Natur weit langsamer ihre Züchtungen vorgenommen hat, als der Experimentator." — Hier sehen wir den pathologischen Anatomen, gestützt auf klinische Thatsachen, sich gegenüberstellen dem mehr rein botanischen Forscher *(Nägeli, Buchner)*.

Den pflanzlichen Parasiten folgen die thierischen. Hier gibt *Ziegler* recht schätzenswerthe und für den practischen Arzt wichtige Abbildungen aller vorzüglich in Betracht kommenden Formen und namentlich auch der verschiedenen Tænien.

In der Lehre von der Entzündung nimmt *Ziegler* den Standpunct jener Forscher ein, die wie *Cohnheim*, *Eberth* u. A. als die Quelle der Eiterkörperchen lediglich die farblosen Blutkörperchen betrachten. Dieser Auffassung opponiren wie bekannt *Böttcher*, *Stricker* und einige Andere beharrlich und behaupten, dass im entzündeten Gewebe auch die fixen Gewebszellen durch Proliferation Eiterkörperchen liefern. *Ziegler* kann, wie so viele Andere, diese Angabe nicht bestätigen. Die Gewebszellen gehen, soweit der Entzündungsinsult reicht, zu Grunde und erst bei der Regeneration dieser zerstörten Gewebspartie tritt Proliferation der benachbarten freien Gewebszellen auf. Diese Proliferation liefert aber nicht Eiter, sondern neue Gewebszellen zum Ersatz der verloren gegangenen.

Der erste vorliegende Abschnitt des Buches enthält I. die allgemeine pathologische Anatomie: Missbildungen, Anomalien der Vertheilung des Blutes und der Lymphe, regressive und progressive Ernährungsstörungen, die Entzündung, die infectiösen Granulationsgeschwülste (Tuberculose, Syphilis etc.), die Geschwülste, die Parasiten. — II. Specielle pathologische Anatomie: Die pathologische Anatomie des Blutes und der Lymphe, des Circulationsapparates, der Milz und der Lymphdrüsen, der Haut und der Schleimhäute im Allgemeinen, des Tractus intestinalis, der Leber, der Gallenblase und des Pancreas.

Ref. kann das reichhaltige, vorzügliche Werk nur warm empfehlen. *O. H.*

Hôpital ophthalmique à Genève.

Rapport présenté à Mr. le Baron Adolphe de Rothschild par le Dr. *Auguste Barde*. 1 Janvier 1879 au 31 Décembre 1880. 5. et 6. année. Genève, H. Georg, 1881.

In dieser wohlthätigen, den Gründer für alle Zeiten ehrenden Anstalt, wurden unter der Leitung des Herrn Dr. *Barde* in 2 Jahren 586 interne und 2547 poliklinische Kranke behandelt. Zahl der grössern Operationen 320. Darunter 87 Staaroperationen; von diesen waren 78 Extractionen und hatten 85,89% vollständigen, 7,69% theilweisen Erfolg, 6,41% Verluste. Einige seltenere Fälle von Staaroperationen werden erzählt; *B.* spricht sich sehr zu Gunsten der Extraction in geschlossener Capsel (nach *Pagenstecher*) aus; auch über Hypopyon-Keratitis werden einige Mittheilungen gemacht, ebenso über Eserin und Pilocarpin, welch' letzteres er in Fällen von chronischer Chorioiditis und Iritis, nicht aber gegen Netzhautablösung, gegen welche es empfohlen worden *(Dianoux)*, nützlich fand.

Emmert.

Cantonale Correspondenzen.

Neuchâtel. 4e Congrès International d'Hygiène et de Démographie tenu à Genève du 4 au 9 Septembre 1882.

Séance d'Ouverture. Le lundi 4 Septembre à 2 heures la séance d'Ouverture du congrès a eu lieu à l'Aula, vaste salle de l'université dont les tribunes ouvertes au public étaient entièrement remplies, surtout de dames. La salle était ornée des drapeaux des cantons et des écussons des villes où ont été tenues les précédentes réunions des Congrès; Bruxelles 1876, Paris 1878, Turin 1880. Les membres du Congrès au nombre de plus de 400 dont plus de la moitié appartenaient à la Suisse représentaient 27 pays. Les Français surtout s'étaient donnés rendez-vous à Genève. Ils comptaient 161 parti-

cipants et ont pris une part active aux travaux; les Italiens étaient au nombre de 38; l'Allemagne était représentée par 28 membres; l'Angleterre, l'Espagne et le Portugal, la Belgique et la Hollande, les Etats-unis, la Russie, la Suède etc. avaient tous envoyés des délégués. — Mr. le Dr. *Lombard* occupe le fauteuil de la présidence. Il ouvre la séance en donnant la parole à Mr. *Schenk*, délégué du conseil fédéral suisse qui souhaite la bienvenue aux membres du congrès sur le sol helvétique. Mr. *Schenk* pense que la Suisse ne doit pas seulement à sa situation géographique, au centre de l'Europe, l'honneur de recevoir le Congrès d'Hygiène, mais que l'estime et la sympathie témoignés à notre pays ont aussi leur source dans le fait des nombreux champions convaincus qui travaillent chez nous avec zèle dans les rangs des hygiénistes. — Nous nous félicitons, dit Mr. *Schenk*, de la réunion du Congrès international d'Hygiène à Genève, car notre pays a encore beaucoup à apprendre de l'étranger qui nous a devancé sur bien des points dans les questions d'Hygiène publique et de police sanitaire. La mortalité de nos cantons loin d'être 17 ‰ varie de 25—29 ‰ et nous attendons des discussions du Congrès quel sont les moyens préventifs pour diminuer cette excessive mortalité.

Mr. *Héridier*, conseiller d'Etat, délégué de la République et Canton de Genève, se lève à son tour pour souhaiter la bienvenue; il énumère les bienfaits qui ont déjà été le résultat de divers Congrès tenus à Genève, la croix rouge, l'arbitrage de l'Alabama etc.

Enfin Mr. *Lecointe*, délégué par le conseil administratif de la ville de Genève termine par ces paroles que tous les administrateurs feraient bien de méditer.

„Qu'il me soit permis, Messieurs, de vous exprimer un désir. — Vous parcourerez nos rues, vous visiterez nos écoles, vous inspecterez nos établissements publics et vous trouverez sans doute au point de vue de l'hygiène matière à observations. Faites nous part en toute franchise de vos remarques et de vos conseils; l'autorité municipale vous sera reconnaissante si elle parvient par votre intermédiaire à améliorer les services dont elle est chargée. — Nous voulons être utile et profiter de vos renseignements pour le bien-être général"..

Mr. le Dr. *Lombard*, président du Congrès, toujours jeune et alerte malgré ses 75 ans, a prononcé dans le langage vif que nous lui connaissons un discours où il a énuméré les réformes hygiéniques realisées depuis une 50ne d'années. Il a vanté l'air, l'eau et la nourriture que l'on consomme à Genève et il a cité le fait que la mortalité générale y est moins élevée que dans la plupart des villes européennes. Il a énuméré enfin les hôpitaux destinés au soulagement des malades, les cliniques médicales et chirurgicales, la maternité où l'on professe la gynécologie, l'hôpital des enfants malades, celui pour les maladies des yeux, dû à la générosité du baron Rothschild, le splendide asile, au milieu d'un beau parc, pour les convalescents et . . . . . c'est tout.

C'est déjà beaucoup sans doute, beaucoup plus que dans la plupart de nos cantons, mais avant de conclure avec Mr. *Lombard*, que Genève fait tous ses efforts pour que ses concitoyens jouissent de ce qui peut être considéré comme le dernier mot de l'hygiène: mens sana in corpore sano, nous demanderons ce qui a été fait pour les aliénés! On ne nous en a pas dit un mot et il semble pourtant que l'hygiène doit s'intéresser à cette classe de malades au moins autant qu'à toutes les autres. Serait-il vrai, comme on nous l'a affirmé, que cette question de l'hospice des aliénés soit la tache obscure dans cette brillante organisation médicale de Genève?

L'ancien président de Congrès de Turin, Mr. le Prof. *Pacchiotti* prononce ensuite un discours plein de feu méridional. Ce discours, impossible à analyser, est accueilli par de chaleureux applaudissements. — Nous en détachons les passages suivants qui feront connaître de quelle manière le professeur italien a parlé de la Suisse:

„Il n'y a peut-être pas de pays, a dit Mr. *Pacchiotti*, qui parle avec plus d'éloquence à notre esprit et nous raconte mieux les gloires de l'hygiène, que la Suisse.

„La Suisse n'est-elle pas le rève des gens qui ont le coeur brisé ou le cerveau tourmenté par la lutte pour l'existence et qui courent à la recherche du repos du corps, du calme de l'esprit, de la santé perdue au milieu des convulsions d'une vie agitée par les affaires, les passions, les fatigues, les études, les ambitions inassouvies?

„La Suisse est le poème des jeunes gens qui l'aiment et le refuge de ceux qui, ayant trop aimé, sont désillusionnés de la vie; c'est le rendez-vous des convalescents et le lieu de repos de tous les affligés de la terre qui ont besoin de croire et d'espérer.

„Ici, toutes les beautés de la nature contribuent à faire de la Suisse un pays privilégié où se déroule un idylle gracieux à la fois, et grandiose, qui rend l'homme plus fort, plus sain, plus heureux. Les pages immortelles d'Hippocrate „de l'air, des eaux et des sites“ s'appliquent aujourd'hui à la Suisse comme jadis à la Grèce; si bien que quand les médecins ne trouvent plus d'autres conseils à donner à leurs pauvres valétudinaires névropathes, ils les envoient en Suisse pour se rajeunir, se calmer, se renforcer.

„Heureuse Suisse! Si l'Europe suivrait ton exemple, si les milliards que toutes les nations dépensent follement pour nourrir des armées et construire des engins de mort étaient dépensés pour l'instruction, pour les travaux publics et pour l'hygiène, l'Europe deviendrait en vingt ans une vaste Suisse, instruite, forte, heureuse.“

Après ce discours la séance est terminée par quelques paroles de remerciments adressés par MM. les présidents d'honneur, dont nous citerons en particulier M. *Varrentrapp* de Frankfort s. M. qui rappela que depuis longtemps les jeunes Allemands connaissent et suivent le chemin de la Suisse où ils viennent profiter de ses écoles. — Au point de vue de l'hygiène publique, l'Allemagne, dit M. *Varrentrapp*, peut encore beaucoup apprendre de la Suisse, surtout des cantons tel que Zurich, Bâle, Schaffhouse etc., dont les institutions sanitaires sont admirablement développées et prouvent que sous le régime républicain les citoyens savent aussi imposer des restrictions à la liberté individuelle dans l'intérêt de l'Hygiène.

Ces éloges bienveillants nous ont paru peu mérités; il n'y a pas si longtemps qu'a eu lieu en Suisse la votation de la loi sur les épidémies. — Puisse la leçon nous profiter et tourner à l'avantage du développement hygiénique de notre peuple!

Dans une prochaine correspondance je vous parlerai des séances générales et des réceptions splendides qui ont été offertes chaque jour aux membres du Congrès par nos excellents confédérés de Genève. Dr. *L—e.*

St. Gallen. Schweizerischer Lehrertag in Frauenfeld. Die Section für schweizerisches Mädchenschulwesen hatte zum Haupttractandum ein wichtiges, zeitgemässes Capitel aus der Schulhygieine gewählt, nämlich: **die Gesundheitspflege der Mädchen im Verhältniss zu den Anforderungen unserer Anstalten für weibliche Bildung.** Dieses Thema wurde von zwei Referenten von verschiedenem Standpuncte aus behandelt. Dr. *Lætscher* von Romanshorn beleuchtete die medicinische, Pfarrer *Christinger*, Secundarschulinspector, die pädagogische Seite. Aus den beiden ziemlich umfangreichen Referaten können hier nur einige Hauptpuncte hervorgehoben werden.

Einleitend weist der erste Referent die Anschuldigung entschieden zurück, dass durch die geistige Cultur resp. die Schulbildung das physische und geistige Wohlsein der Menschen geschädigt werde, wenn den Anforderungen der Gesundheitspflege in jeder Richtung Rechnung getragen würde. Es ist daher heilige Pflicht der Pädagogen, in inniger Gemeinschaft mit den Aerzten in Zukunft eine mögliche, aber nicht nothwendige Abschwächung der Jugend durch die Schule zu verhüten. Für die Mädchenbildung fällt diese Forderung doppelt schwer in die Waagschale, indem die weibliche Jugend gegen schädliche Einflüsse dieser Art weniger Resistenzkraft besitzt als die männliche.

Es werden nun die anatomisch-physiologischen Differenzen des männlichen und weiblichen Organismus, die Eigenthümlichkeiten der Entwickelung und des Wachsthumes in allgemein verständlicher Form skizzirt, und gestützt auf diese Unterschiede wird an der Hand der Statistik, so weit eine solche existirt, und der täglichen Erfahrungen der Aerzte nachgewiesen, welche Schädigungen an Körper und Geist dem weiblichen Organismus drohen. Es wurden namentlich die immer zahlreicher auftretenden Deviationen der Wirbelsäule mit allen damit verbundenen Consequenzen, die zur Mode gewordene Anæmie und Chlorose, die häufigen catarrhalischen Affectionen der Respirations- und Verdauungsorgane hervorgehoben, speciell die Störungen der sexuellen Organe und des Nervensystems, welche in Folge anhaltenden Sitzens und geistiger Ueberanstrengung in der Pubertätsperiode entstehen, betont.

Es wurden deshalb im Interesse der physischen und geistigen Gesundheit zukünftiger Generationen folgende Postulate gestellt: Möglichste Reduction der Unterrichtsstunden, 30 Stunden (inclusive Turnen) wöchentlich Maximum für Secundarschulen, 36 Stunden für Seminarien; richtige Vertheilung und Reihenfolge der Stunden mit regelmässigen Pausen von 10—15 Minuten. Die Hausaufgaben sind auf ein Minimum zu beschränken, die-



selben durch Haus- und Gartenarbeiten etc. zu ersetzen. Vereinfachung des Unterrichtsplanes für die höhern Mädchenschulen, wobei als Grundsatz festzuhalten ist, dass die weibliche Jugend nicht für geisttödtende Vielwisserei, sondern zu selbstthätigem Denken in ihrem wichtigen Berufskreise als Hausfrau und Erzieherin ihrer Kinder herangebildet und practisch befähigt werde. Besonderes Augenmerk hat die Schule auf die physische Erziehung der weiblichen Jugend zu werfen, um sie für ihren künftigen wichtigen Beruf zu kräftigen: obligatorisches Turnen in allen Mädchenschulen, auch den höhern, unter der Controle eines Schularztes, regelmässige Spaziergänge, periodische grössere Bergreisen, Schwimmen, Schlittschuhlaufen etc. Um die meistens mangelhafte Ausbildung der Mädchen im elterlichen Hause zu ergänzen, sollten überall, wo es nothwendig gefunden wird, Mädchenfortbildungscurse eingeführt werden, in denen ein besonderes Gewicht nicht blos auf die weiblichen Handarbeiten, sondern auch auf die Gesundheits-, Kinder- und Krankenpflege, sowie auf Haushaltungskunde, Gartenbau- und Kochkunst gelegt werden müsste.

Der Correferent stimmte in allen Hauptpuncten mit dem Referenten überein und ergänzte das Vorgetragene in pädagogischer Beziehung auf eine wohlthuende Weise. Zwei Postulate haben besonders angenehm berührt, nämlich dass die naturwissenschaftlichen Fächer in den Mädchenschulen mehr in den Dienst der Diätetik gezogen werden sollen als bisher, und dass man für höhere weibliche Berufsarten, namentlich für den Lehrberuf, nur physisch kräftige und geistig begabte Mädchen annehmen sollte.

Frau Dr. *Heim* hatte noch ein schriftliches Gutachten über Mädchenturnen eingesandt, das mit Recht betont, es sollte der Turnunterricht aus sittlichen und medicinischen Gründen [1]) unter die Leitung von Lehrerinnen gestellt werden.

Wegen der vorgerückten Zeit konnte die Discussion leider nicht mehr benützt werden, nur unser schweizerischer Turnvater *Niggeler* gab noch seiner aufrichtigen Freude darüber Ausdruck, mit welcher Ueberzeugung die Referenten für das Turnen in den Mädchenschulen sich ausgesprochen haben und stimmt durchaus mit dem Postulate des Correferenten überein, dass das Mädchenturnen nicht zu balletartigen, Körper und Geist ermüdenden, anstatt erfrischenden Schauvorstellungen, wie es der Reigen gerne mit sich bringt, missbraucht werde! Dr. *L—r.*

Waadt. Operationscurs in Genf. 17. September bis 1. October 1882. Einen Rapport über den Genfer Operationscurs für Militärärzte haben Sie von mir verlangt: den könnte man in die zwei Worte fassen: „kurz und gut". Nicht als ob ich nach einer Verlängerung der obligatorischen Ferien streben möchte, die Einigen von uns schon ziemlich unerwünscht kamen, aber Allen war es doch ein wahres Vergnügen, ein paar Wochen so eine Art Studentenleben wieder zu geniessen.

Unserer waren 15 aus Genf, Waadt, Neuenburg und Bern, unter Leitung von Major Dr. *Roulet*, Staatsrath in Neuenburg. Mit den Unterrichtsstunden über Militärorganisation, Sanitätsreglemente etc. gab uns Major *Roulet* noch die Vorlesungen über Militärhygieine und Ophthalmologie und leistete dabei den Beweis, dass Staatsführung und Politik mit wissenschaftlichem Sinn immerhin noch Hand in Hand gehen können.

Des Morgens um 8 Uhr ging es regelmässig in's Spital, wo Prof. *Julliard* Klinik hielt. In den zwei Wochen haben wir da manches Interessante und Neue gesehen und gehört. Zuerst kam, wenigstens einem Theil von uns, die Aetherisation etwas fremd und unheimlich vor: Die grosse, noch von einem Leintuch bis um den Hals überdeckte Maske, unter der das ganze Gesicht des Patienten verborgen war, das tiefe und laute Schnarren in der Narcose, erinnerte etwas an gewisse Beschreibungen von ausländischen Hinrichtungen, aber man musste bald zur Ueberzeugung kommen, dass es doch hier, dem alten Princip nach, cito et tuto vor sich ging, und wenn nicht gerade „jucunde", so kann man das beim Chloroform auch nicht immer hinzufügen. — Die Anwendung des neulich im Corr.-Bl. erwähnten Tereben bekamen wir auch Gelegenheit zu sehen. — Endlich sollte ich noch erwähnen die öfters von Prof. *J.* angewendeten, nach eigener Methode bereiteten und desinficirten Schwämme. Um eine anhaltende, gleichmässig und elastisch ausgeübte Compression der operativen Wunden in gewissen Gegenden, wie z. B. der Leiste, zu erreichen, legt er mehrere Schichten grösserer Schwämme unmittelbar über das Protectiv

---

[1]) Nicht einverstanden. Red.

und beendigt dann in üblicher Weise den Verband mit Gaze, Watte etc. Den guten Erfolg dieser Methode, um die totale Heilung per primam zu erreichen, konnten wir u. A. bei Castration, Hydrocelen und Bruchoperationen sehen.

Prof. *J. S. Reverdin* las über Kriegschirurgie und repetirte mit uns im Plan-les-Ouates die verschiedenen Experimente über Schusswunden und Schusswirkung. Er leitete auch mit grosser Freundlichkeit und bekannter Fähigkeit den eigentlichen Operationscurs, wozu wir, Dank den conservirenden Einspritzungen von Prof. *Laskowski*, genügendes Material bekamen. Die zum Theil über zwei Monate behaltenen Leichen waren in ganz gutem Zustande.

So gingen die zwei Wochen rasch zu Ende; die Zeit war kurz, aber gut gebraucht, und es wehte beständig, trotz Kälte, Regen und Casernendüften ein fröhlicher und warmer Hauch der Freundschaft und guter Kameradschaft zwischen den Blauen. Sowohl bei der Arbeit wie bei den Abends beim Bier unofficiell gehaltenen Theorien sassen wir traulich beisammen unter der väterlichen Aegide des lieben Majors, dessen freundliches Antlitz uns Allen in langer dankbarer Erinnerung bleiben wird. Ihm und den liebenswürdigen Professoren unsern Dank! *E.*

Wochenbericht.

Schweiz.

— Die **Versammlung der Sanitätsstabsofficiere** findet statt: Sonntag, den 5. November 1882, Vormittags 8 Uhr, im Bahnhofrestaurant Bern. Tractanden sind: 1) Ueber die Herbstuntersuchungen; Referent: Herr Oberstlieut. Céresole. 2) Ueber die summarischen Rapporte; Referent: Herr Oberstlieut. Kummer. 3) Verschiedenes. Tenue: Dienstanzug mit Mütze.

— **Eidgenössische Medicinalprüfungen.** Behufs Ergänzung der in den Prüfungscommissionen für die eidgenössischen Medicinalprüfungen entstandenen Lücken werden gewählt: Prüfungsort Basel, pharmaceutische Abtheilung, als Mitglied der Commission für die propädeutischen und Fachprüfungen an Stelle des verstorbenen Apothekers Herrn *Ferd. Schneider* zugleich zum leitenden Examinator für beide Prüfungsabtheilungen Herr *Casimir Nienhaus*, Apotheker in Basel, bisher Suppleant.

Prüfungsort Bern, medicinische Abtheilung, als Suppleant der Commission für die propädeutischen Prüfungen an Stelle des zurückgetretenen Herrn Prof. *Nencky* Herr Staatsapotheker *P. Perrenoud* in Bern.

Prüfungsort Genf, medicinische Abtheilung, als Mitglied der Commission für die propädeutischen Prüfungen an Stelle des Herrn Prof. *Zahn* Herr *August Eternod*, Docent für normale Histologie in Genf.

Prüfungsort Zürich, medicinische Abtheilung, als Mitglied der Commission für die medicinischen Fachprüfungen an Stelle des nach Tübingen abgegangenen Herrn Prof. *Ernst Ziegler* Herr Prof. *Klebs* in Zürich. Pharmaceutische Abtheilung, als Suppleant der Commission für die pharmaceutischen Fachprüfungen (vacante Stelle) Herr Cantonsapotheker *Keller* in Zürich.

— **St. Beatenberg als Wintercurort.** Wir wollen nicht unterlassen, die Collegen auf die Anstrengungen aufmerksam zu machen, welche der Besitzer des Curhauses St. Beatenberg, unser wackere College Dr. Müller, nicht gescheut hat, um sein Haus zu einem guten Wintercurorte zu machen. Die Lage der Oertlichkeit ist ja so günstig, dass zum Gelingen, zur Wahrheit der Empfehlung bis jetzt nur die passende Gelegenheit (Wohnung etc.) fehlte. Nun hat sich Dr. *M.* entschlossen, sein geräumiges Haus auch im Winter offen zu halten, die passenden Abänderungen angebracht und namentlich auch seinen schönen, grossen, heizbaren Speisesaal durch in Kübel verpflanzte Tännchen (ca. 50), die gruppenweise aufgestellt sind, in einen Wintergarten verwandelt. Da bereits Gäste zu dauerndem Aufenthalt eingerückt sind, wird es Ruhe und Erholung bedürftigen Curgästen auch an der nöthigen und angenehmen Unterhaltung nicht fehlen. Wir empfehlen den Collegen das neue, vom besten und einsichtigsten Geiste geleitete Unternehmen zu reiflicher Ueberlegung und ausgiebiger Benützung.



Basel. 50jähriges Doctorjubiläum des Herrn Dr. August Burckhardt-Dick in Basel. Montag, den 16. October, feierte der in allen Kreisen der Bevölkerung bekannte und beliebte Arzt Dr. *August Burckhardt* in seltener Frische und Rüstigkeit sein 50jähriges Doctorjubiläum. Am Vormittag des festlichen Tages überreichte eine Abordnung der med. Facultät von Basel dem Jubilar ein goldgedrucktes Diplom und mit beredten Worten creirte der Decan Prof. *Immermann* den Gefeierten zum Doctor jubilaris; bewegt antwortete derselbe, während ihm zwei seiner Söhne, beides hochgeschätzte Aerzte, Dr. *Gottlieb Burckhardt*, Vorsteher der Anstalt Préfargier, und Dr. *Albrecht Eduard Burckhardt* in Basel, zur Seite standen, indem er auf den Wechsel der Anschauungen, aber auch auf die ungeheuern Fortschritte hinwies, welche in den 50 Jahren seiner ärztlichen Thätigkeit in der medic. Wissenschaft sich geltend gemacht haben.

Es folgte eine Deputation der medic. Gesellschaft von Basel, welche ihrem Mitgliede und Mitbegründer ein silbernes Plateau überreichte.

Am Abend des Festtages hatte eine freundliche Einladung des Jubilars in dessen festlich geschmücktem Hause eine zahlreiche Gesellschaft zum „goldenen" Doctorschmause vereinigt, wobei es denn an zahlreichen ernsten und launigen poetischen und prosaischen Tischreden nicht mangelte.

Möge es dem hochverdienten Manne noch viele Jahre vergönnt sein, mit der ihm eigenen geistigen Frische den Abend des Lebens im Kreise seiner Familie geniessen zu können.

Genf. Dr. *Theod. Devrient* †. Wir fühlen uns schmerzlich bewegt, wenn uns ein College mitten aus seinem Mannesalter weg entrissen wird; doppelt nahe aber geht es uns, wenn ein so grausames Geschick den Freund und Collegen zum Grabe führt, wie unsern am 6. October verstorbenen, erst 42 Jahre alten Dr. *Theod. Devrient.* Vor circa 10 Jahren stürzte er im Sanitätscurs mit dem Pferde, war ungefähr eine Stunde bewusstlos und litt seither an Kopfweh. Doch practicirte er mit Erfolg und Freude in Chêne-Bourg, wo ihm auch ein glückliches Familienleben beschieden war. Schon vor 6 Jahren manifestirten sich jedoch die Symptome der beginnenden Gehirnerweichung, gegen die unser College mannhaft und tapfer unter furchtbaren psychischen und physischen Leiden anzukämpfen versuchte. Es ging lange, 6 volle Jahre, bis die kräftige Constitution der entsetzlichen Krankheit erlag.

Der Tod wurde ihm zum willkommenen Erlöser: uns soll er in der Erinnerung bleiben, wie er uns lieb war — zur Zeit seiner vollen Manneskraft. R. i. p.!

Zürich. Dr. *Hegner* †. Mitten aus seiner beruflichen Thätigkeit sank, ein Opfer seiner Berufstreue, unser College, Dr. *Hegner* in Rafz, erst 30 Jahre alt, in das Grab. Stark beschäftigt, schleppte er sich mit dem beginnenden Typhus herum, bis am 11. October den unglücklichen Collegen medio in labore eine ziemlich heftige Darmblutung überraschte, nach welcher ein erst jetzt herbeigerufener College Typhus abdominalis constatirte. Am 14. October war schon etwas Meteorismus bei nur mässigem Fieber, aber schlechtem Puls, Tags darauf bedeutende Zunahme des Meteorismus, Dämpfung der seitlichen Bauchgegend, beständiges Erbrechen, kurz die Symptome einer Darmperforation. Unser College starb am 16. während eines Brechanfalls. Er war erst seit Mai vorigen Jahres verheirathet, seine Frau und ein kleines Mädchen trauern um ihn, und wir Alle — auch die ihn nicht gekannt haben — trauern mit ihnen um den wackern Collegen, der viel zu früh seiner Familie, seinem Wirkungskreise und seinen Berufsgenossen entrissen wurde. Sit illi terra levis!

Ausland.

Deutschland. Trichinose. In Braunschweig ist eine Massenerkrankung an Trichinose eingetreten: 190 Personen sollen mehr oder minder schwer erkrankt an derselben darnieder liegen. Sämmtliche Fälle, deren grosse Zahl dadurch erklärlich wird, dass das trichinöse Schwein mit 6 andern gleichzeitig verarbeitet worden war, sind auf den Genuss gehackten rohen Schweinefleisches, sog. „Klumpfleisches", sowie geräucherter Mettwurst zurückzuführen. Das Schwein soll vom amtlichen Fleischbeschauer als gesund erklärt worden sein, ein Beweis mehr, dass gegen Trichinen das Kochen die beste Fleischschau ist.



Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 11. bis 25. October 1882.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Masern 1 Fall, dessen Infection durch Besuch von auswärts erfolgte.

Varicellen 9 Anmeldungen, wovon 5 aus Kleinbasel.

Scharlach 13 Erkrankungen (14, 16, 14), wovon 9 in Kleinbasel.

Typhus 9 Erkrankungen (10, 1, 10), wovon je 2 auf dem Nordwestplateau und im Birsigthale, 4 in Kleinbasel, 1 von auswärts importirt.

Diphtherie und Croup 6 Fälle (10, 14, 9), sämmtliche in Kleinbasel.

Erysipelas 8 Erkrankungen zerstreut über die Stadt.

Pertussis 5 Anmeldungen (4, 6, 3), alle aus Kleinbasel.

Puerperalfieber 1 Fall auf dem Südostplateau.

Bibliographisches.

100) *Kehrer*, Dr. *F. A.*, Ueber Blutmangel. Sammlung von Vorträgen von *Frommel-Pfaff*. VII. 10 Heft. 8°. 28 S. Heidelberg. C. Winter.

101) *Bernhardi*, Der Uranismus. Lösung eines mehrtausendjährigen Räthsels. Berlin, Verlagsbuchh. (Bernhardi).

102) *Pernisch*, Dr. *J.*, Curarzt in Tarasp-Schuls, Das Oberengadin. Europ. Wanderbilder. Nr. 8. 21 Illustrationen und 1 Karte. 40 S. Orell Füssli & Cie., Zürich, 1882. 50 Cts.

Briefkasten.

Wir bitten freundlich um die rückständigen Vereinsberichte.

Herrn Dr. *Zürcher*, Aarau; *Lötscher*, Romanshorn; Prof. Dr. *Hagenbach*, Basel; Dr. *Trechsel*, Locle; Dr. *Ladame*, Dombresson: Besten Dank. — Herrn Dr. *De Miéville*, Nyon und *Jung* in Wyl: Wir hoffen! — Herrn Dr. *Zürcher*, Aarau: Ganz richtig — es bleibt beim Status quo.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N° 22. XII. Jahrg. 1882. 15. November.

Original-Arbeiten.

Ein Beitrag zur Entstehung und Behandlung der Trachealstenose nach Tracheotomie.

Von Dr. **O. Kappeler** in Münsterlingen.

(Mitgetheilt in der Herbstsitzung des thurg. ärztl. Vereins am 14. October 1882.)

Alle Autoren, die sich eingehend mit der Tracheotomie, ihren Complicationen und Folgen beschäftigt haben, stimmen darin überein, dass die Stenose der Trachea oder des Kehlkopfs nach Tracheotomie und insbesondere nach Tracheotomie wegen Croup, wenn nicht durch Granulombildung bedingt, ein äusserst seltenes Ereigniss sei. Auch ich entsinne mich nicht, bei circa 200 wegen Diphtherie ausgeführten Tracheotomien jemals nach Entfernung der Canüle längere Zeit anhaltende stenotische Erscheinungen, die nicht mit Granulationswucherungen in Zusammenhang gestanden hätten, beobachtet zu haben. Erst vor nicht gar langer Zeit kam ein Kind in meine Behandlung, welches früher wegen diphtheritischem Croup tracheotomirt worden war, das seither an Trachealstenose litt, die schliesslich zu Stickanfällen führte, welche neuerdings eine Tracheotomie benöthigten. Bei der zweiten Operation stellte sich dann heraus, dass die Verhältnisse, welche die Stenose bedingten, ziemlich complicirter Natur waren und mit Granulombildung nichts zu thun hatten. Aber auch in den seltenen Fällen, die in der Literatur verzeichnet sind, wo eine bleibende Verengerung der obern Luftwege nach der Tracheotomie zurückblieb und wo, wie in meinem Falle, weder Granulombildung die Stenose bewirkte, noch Lues mit im Spiele war, bot die Klarlegung des Mechanismus der behinderten Luftcirculation einige Schwierigkeit. Ich erinnere beispielsweise nur an die höchst interessante Beobachtung von *Sellegast*, (*Langenbeck*'s Archiv Bd. XXII) die einen Kranken betrifft, wo bei Wegnahme der Canüle, die wegen diphtheritischer Laryngostenose ausgeführt werden musste, jedes Mal Erstickungserscheinungen auftraten, während doch ein starkes Trachealbougie

ohne Hinderniss Kehlkopf und Luftröhre bis unter die Fistel passirte und wo das inspiratorische Einsinken der vordern Trachealwand als Respirationshinderniss angenommen werden musste. Ich erinnere an einen Kranken des Zürcher Kinderspitals (*Becker*: das erste Hundert Croup-Operationen des Zürcher Kinderspitals), wo erst nach 180 Tagen die Canüle bleibend entfernt werden konnte und das Respirationshinderniss neben Granulationswucherungen in Erweichung der Trachealringe und Tonsillenhypertrophie bestand.

Die Behandlung meines Falles war entsprechend der Complicirtheit der Stenose vielgestaltig und ich gestehe es offen, schwierig und mühselig. Dass sie schliesslich zu dem gewünschten Resultate führte, freut mich ganz besonders und ermuthigt mich auch Ihnen, m. H. Collegen, die Geschichte des Falles im Auszug mitzutheilen.

Die 4½ Jahre alte Lina H. von St. war das erste Mal vom 22. September bis zum 27. November 1881 im Spital Münsterlingen.

Sie ist das einzige Kind gesunder Eltern, war selbst in den ersten 3 Lebensjahren im Allgemeinen gesund und machte ausser den Masern keine Kinderkrankheiten durch.

Im April 1880 erkrankte sie in Basel an Diphtherie: Fieber, weisser Tonsillenbelag, heiserer Husten, Beengung, die sich bald zu Erstickungsanfällen steigerte. 3 Tage nach Beginn der Erkrankung, am 7. April 1880, musste im Kinderspital Basel die Tracheotomie ausgeführt werden. Herr Prof. *Hagenbach* hatte die Gefälligkeit, mir über die Operation folgende Mittheilungen zu machen: „Es wurde, nachdem das Mittelstück der mässig vergrösserten gl. thyreoid. mit einem Schielhacken nach abwärts gezogen worden, die Cart. cricoid. und der erste Trachealring durchschnitten. Nach der Operation war die Athmung frei und der Verlauf war nur etwas complicirt durch kleine pneumonische Herde, verbunden mit mässiger Temperatursteigerung. Am 19. April wurde die Canüle entfernt, am 20. traten wieder starke Einziehungen etc. auf, worauf die Canüle wieder eingeführt wurde. Die Wunde zeigte sehr starke Granulationen. Bald darauf wieder Versuche, die Canüle zu entfernen, am 21. schon wieder Stenose und abermaliges Einführen derselben. Von diesem Tage bis zum 27. wiederholte vergebliche Versuche die Canüle wegzulassen. Als Grund hiefür wurden Granulationen im Lumen der Trachea angenommen, deshalb Behandlung der Wunde mit dem Thermocauter. Am 27. April konnte die Canüle definitiv weggelassen werden und die Athmung war eine freie, blos bei Aufregungen noch hie und da leichte Einziehungen. Den 20. Mai wurde das Kind entlassen."

Nach den Mittheilungen des Vaters blieb das Kind auch nach der Entlassung aus dem Spital kurzathmig und diese Kurzathmigkeit sowie die Athembeschwerden überhaupt nahmen mit der Zeit eher zu, das Kind musste bei raschen Bewegungen und nach jeder Anstrengung förmlich nach Luft schnappen, hatte in der Nacht öfter Stridor bei der Inspiration und inspiratorisches Einziehen des Jugulum, Præcordium und der Supraclaviculargegenden.

Am 20. September 1881 erkrankte das Kind ohne nachweisbare Veranlassung acut an Fiebersymptomen und Husten. In der Nacht vom 20./21. wälzte es sich unruhig im Bette herum und am 21. früh stellte sich bei heller Stimme stärkere Dyspnœ ein. Im Verlauf des Tages nahm die Beengung wieder etwas ab, gegen Abend jedoch wurde sie wieder stärker und in der darauf folgenden Nacht nahm auch der Husten wieder zu, die Stimme war nur ganz wenig belegt. Am folgenden Morgen wurde die Inspiration pfeifend und am gleichen Tage Nachmittags 4 Uhr stellte sich ein förmlicher Erstickungsanfall ein mit hochgradigster Cyanose und unregelmässiger, schnappender Respiration. Der Anfall dauerte ungefähr 5 Minuten und ging ohne ärztliches Zuthun wieder in einen mässigen Grad von Dyspnœ über. Der behandelnde nach dem Anfall herbeigerufene Arzt verfügte die sofortige Versetzung in's Spital, die dann auch Abends 7 Uhr wirklich stattfand.

Patientin bot bei der Aufnahme das Bild hochgradiger Dyspnœ, Lippen und Wangen waren cyanotisch, die Inspiration begleitete ein pfeifendes Geräusch, im Jugulum, im Epi-

gastrium und den untern hintern Thoraxpartien starke inspiratorische Einziehungen. Die Stimme war kaum belegt, auffällig war die geringe respiratorische Bewegung des Kehlkopfs und eine zu beiden Seiten des Halses am innern Rande der Sternocleidomastoidei starke inspiratorische Einziehung. Etwas Husten. Beide Tonsillen stark geschwollen und geröthet, ohne Belag. Am Halse eine $^{1}/_{2}$ cm. über dem Ringknorpel beginnende und sich 2 cm. weit nach unten erstreckende adhærente Narbe. Die Untersuchung der Lungen zeigt nirgends Dämpfung, an mehreren Stellen mittelblasige giemende und singende Rhonchi, die Athmungsgeräusche, soweit sie neben dem Stridor hörbar sind, vesiculär. Noch während der Untersuchung hatte die Dyspnœ einen so bedenklichen Grad erreicht, dass von der beabsichtigten laryngoscopischen Untersuchung und allen weitern diagnostischen Erwägungen über den nähern Sitz der Stenose abstrahirt und sofort zur Eröffnung der Trachea übergegangen werden musste.

Während der Freilegung der Trachea unter der Schilddrüse traten sehr beunruhigende Erscheinungen auf: Die Athmung sistirt, das Kind wird todtenblass, nur die Lippen behalten einen bläulichen Schimmer, die gesammte Muskulatur wird schlaff, so dass z. B. der Kopf resistenzlos hin und her baumelt. Durch rasche Eröffnung der Trachea unter der Schilddrüse mit sofortiger Einleitung der künstlichen Respiration gelingt es aber die spontane Athmung allmälig wieder herzustellen. Es lässt sich nun sofort constatiren, dass die unten normal geformte und normal weite Trachea sich nach oben verengt und im Bereich der allseitig vergrösserten Schilddrüse spaltförmig wird. Ein elastischer Catheter von 3 mm. Dicke kann widerstandslos bis zur Stimmritze hinaus geführt werden, während ein 5 mm. dicker Catheter das Lumen dieser Partie der Trachea ganz ausfüllt und nur mit starkem Widerstand vorgeschoben werden kann. Um genaue Einsicht in die Verhältnisse zu gewinnen, spaltete ich den Isthmus der Schilddrüse, entfernte den links gelegenen vergrösserten Process. pyramidalis und die rechte Hälfte des Isthmus, so dass die säbelscheidenförmige Trachea nach allen Seiten bis zum Ringknorpel freilag. Ihr oberer Theil war sehr dünnwandig, fühlte sich sehr weich wie dünnes Narbengewebe an. Nach Spaltung auch dieses Theils der Trachea kam wieder die dunkel-violett-rothe, gleichmässig geschwellte Schleimhaut zum Vorschein.

Noch ist zu erwähnen, dass nach Eröffnung der Trachea eine ziemliche Menge eitrigen Schleimes ausgehustet wurde.

In der darauf folgenden Nacht traten viele und heftige Hustenanfälle auf, die jeweils mit Entleerung copiosen, zähen Schleimes endigten. Am 23. Morgens war die Respirationszahl auf 24 gefallen, das Athmen war ruhig und geschah ohne Anstrengung, das Aussehen des Kindes war gut, die Gesichtsfarbe normal, das Allgemeinbefinden befriedigend. T. 38,0° C., P. 136, klein.

Bei mässigem Fieber, ruhiger und leichter Respiration, regelmässigem aber frequentem Puls wurde am 24. und 25. noch reichlich zäher Schleim expectorirt, obwohl die Rasselgeräusche auf beiden Lungen an In- und Extensität bedeutend abgenommen hatten. Vom 27. an stieg die Abendtemperatur nicht mehr über 38,2, die Morgentemperatur war schon vom 24. an normal. Am 27. wurde zum ersten Mal der Versuch gemacht die Canüle zu entfernen, wobei neuerdings die intensiv rothe Färbung der Trachealschleimhaut und die Säbelscheidenform des obern Theils der Trachea zur deutlichen Wahrnehmung kam. Allein schon nach 5 Minuten wurde die Respiration beschleunigt, unregelmässig, von lautem Stenosengeräusch begleitet, dabei Cyanose des Gesichts, so dass schon nach 10 Minuten nichts anderes übrig blieb, als die Canüle wieder einzuführen, worauf alle beunruhigenden Symptome sofort verschwanden. Am 30. September wurde der zweite Versuch mit Entfernung der Canüle unternommen. Sie wurde Morgens 8 Uhr entfernt. Unmittelbar nach der Herausnahme etwas beengte Athmung, die aber bis gegen Mittag wieder etwas freier wurde. Abends 7 Uhr trat plötzlich starke Dyspnœ auf mit tiefen Einziehungen des untern Sternaltheils etc., welche bedrohliche Erscheinungen nur durch das sofortige Einführen der Canüle beseitigt werden konnten.

Am 1. October Morgens 8 Uhr neuerdings Entfernung der Canüle, allein schon am gleichen Tage Abends 11 Uhr Wiedereinführung wegen hochgradiger Dyspnœ. Am 2. October wiederholte sich dieselbe Geschichte. Man konnte die Canüle von Morgens 8 Uhr bis Abends 10 Uhr beseitigen, allein das Kind war immer mehr oder weniger dyspnoisch und Abends erreichte die Dyspnœ einen unerträglichen Grad. So am 3., 4.

und 5. October. Da die durch die Entfernung der Canüle bewirkten dyspnœtischen Anfälle, sowie die für das Kind höchst aufregenden Wiedereinführungen der Canüle einen sehr ungünstigen Einfluss auf das Allgemeinbefinden hatten und das Kind wieder sehr blass und elend wurde, liess ich die Canüle vom 5.—18. October liegen und versorgte mich in der Zeit mit *Dupuis*'schen T-Canülen.

Am 18. October, nachdem sich Patientin wieder erholt hatte, ging ich an die Einführung der in der Mitte gespaltenen T-Canüle. Es musste zu diesem Behuf zunächst der Fistelgang die Weichtheile wieder erweitert werden, aber auch das Loch in der Trachea war zur Einführung der Canüle nicht mehr gross genug und musste ebenfalls etwas vergrössert werden. Unmittelbar nach der Einführung durch Einfliessen von etwas Blut starker Hustenreiz und etwas Dyspnœ, welch' letztere rasch wieder verschwand und einer ruhigen, regelmässigen Athmung Platz machte. Die darauf folgende Nacht war ordentlich, gegen Morgen jedoch stellte sich starke Dyspnœ mit pfeifender Inspiration und starken Einziehungen der untern Thoraxpartien ein, so dass nichts anderes übrig blieb, als schleunigst die T-Canüle zu entfernen (am 19. October Morgens 8 Uhr) und wieder eine gewöhnliche Doppelcanüle einzuführen. Am 20. Vormittags wurde die Canüle versuchsweise herausgenommen, allein schon Nachmittags 4 Uhr verlangte grosse Athemnoth die Wiedereinführung derselben. Ein zweiter Versuch der Herausnahme der Canüle am 24. October hatte einen bessern Erfolg. Man konnte 2 Mal 24 Stunden, obwohl das Kind beim jedesmaligen Einschlafen starke Einziehungen bekam und oft geweckt werden musste, die Canüle entfernen, bei Tage hatte Patientin unter Entleerung von mässigen Quantitäten Schleim stets weniger Dyspnœ. Allein in der dritten Nacht konnte die Kranke keine Stunde mehr schlafen und wälzte sich ruhelos mit hochgradigster Cyanose, Protrusion der Bulbi, laut tönender Inspiration im Bette herum, wenn sie nicht von der Wärterin herum getragen wurde und als auch Tags darauf die starke Dyspnœ andauerte und sich gegen Abend bis zur Unerträglichkeit steigerte, wurde neuerdings die Canüle eingeführt.

Die Angehörigen des Kindes waren indessen der Behandlung müde geworden und ich konnte ihnen nur beistimmen, als sie sich entschlossen einstweilen das Kind mit der Canüle nach Hause zu nehmen, damit es sich dort gänzlich erhole und zu einer neuen Dilatationscur, die ich in Aussicht stellte, stärke.

Am 19. März 1882 kam das Kind wieder in meine Behandlung. Es hatte sich zu Hause stets wohl gefühlt und nie an Husten und Dyspnœ gelitten, aus der Canüle war bald mehr bald weniger schleimige Secretion vorhanden.

Ich dachte zuerst an eine nochmalige Behandlung mit T-Canülen, deren horizontaler Ast ebenfalls perforirt ist, aber die zur Einführung derselben unbedingt nothwendige blutige Erweiterung der Fistel mit all' ihren Unannehmlichkeiten und Gefahren schreckte mich davon ab.

Zunächst nun machte ich Dilatationsversuche mit Zinnbolzen, die nach *Reyher*'s Angabe (*Langenbeck*'s Archiv Bd. XIX, S. 337) angefertigt waren und von denen der erst eingeführte einen Durchmesser von $4^1/_2$ mm. hatte. Das Einführen desselben am 22. März geschah mit Hülfe einer dünnen *Belloq*'schen Röhre und ich hatte dabei das Missgeschick, dass der schlecht angelöthete Knopf derselben abbrach und in die Trachea fiel; nach sofortiger verticaler Suspension des Kindes wurde er durch einen Hustenstoss in die inzwischen wieder eingeführte Canüle und von hier nach aussen geworfen. Der erste Bolzen wurde gut ertragen und machte ausser starker Schleimabsonderung und häufigem Brechreiz keine weitern Beschwerden. Am 25. wurde der erste Bolzen entfernt und der zweite von 6 mm. Dicke eingeführt. Am 26. nochmals Bolzenwechsel, der jetzt eingeführte hat eine Dicke von 7 mm. Wegen fortwährendem Brechreiz wird der letzt eingeführte Bolzen schon am 27. heraus genommen und Patientin kann nun bei zugehaltener Trachealfistel auf 10 cm. Distanz eine Kerzenflamme ausblasen, sieht aber sehr blass und angegriffen aus und hat Fieber. Es wird nun die Trachealcanüle entfernt und vor der Hand von weitern Dilatationsversuchen abgesehen. Am 28. Morgens P. 132, T. 38,0° C. Patientin sieht wohl und munter aus. Die Athmung (32—36 Respir. in der Minute) ist frei und geräuschlos. Ueber der sich allmälig verkleinernden Fistelöffnung sammelt sich beständig Schleim an, ein Theil der Exspirationsluft geht durch die Nase und bewirkt starke Bewegungen einer vorgehaltenen Flaumfeder, der grössere Theil aber geht noch immer durch die Fistelöffnung. Am 29. war das Befinden noch gut. Die Nacht vom 29./30.

war schlecht. Es hatte sich wieder starke Dyspnœ eingestellt, die wohl mit der noch immer starken Schleimabsonderung und der Verkleinerung der Fistelöffnung in Zusammenhang stund. Am 30. früh collabirtes Aussehen, das Fieber war verschwunden, die Respiration ziemlich frei und die Stimme bei zugehaltener Fistel hell und von mittlerer Stärke. In der Nacht vom 30./31. grosse Unruhe und Schlaflosigkeit, fast beständig inspiratorische Einziehungen an der obern und untern Thoraxapertur. Am 31. Temperatur normal, 40 Resp. in der Minute, leichte Einziehungen. Die Trachealfistel hat sich wiederum verkleinert. Ein Versuch forcirter Erweiterung der Stenose mit dicken Zinncathetern und Kornzangen führt keine Besserung herbei und gegen Abend wurde die Dyspnœ so stark, dass die Canüle neuerdings eingeführt werden musste und alle weitern Bemühungen, sie wieder für längere Zeit zu entfernen, misslangen. Die kleine Patientin war durch diese Cur etwas heruntergekommen, erholte sich jedoch in kurzer Zeit und wurde dann auf den Wunsch der Angehörigen wieder für einige Zeit nach Hause entlassen. Unterdessen liess ich von einem geschickten Goldarbeiter gerade silberne Röhrchen anfertigen, deren Ränder auf's Sorgfältigste abgerundet und etwas nach innen gebogen wurden, eine Länge von 4 cm. und einen Durchmesser von 4—10 mm. ansteigend hatten. Nahe den beiden Rändern waren kleine Löcher zur Durchführung dicker Seidenfaden angebracht (siehe Zeichnung). Am 8. Aug. wurde mit Hülfe der *Belloq*'schen Röhre ein 4 mm. dickes Röhrchen durch die Glottis in die Trachea geschoben, was nach Ueberwindung eines ziemlichen Widerstandes in Chloroformnarcose ohne üble Zufälle gelang. Die beiden Faden wurden geknüpft und die Schlinge, sich selbst überlassen, fiel in den rechten Mundwinkel. Beim Erwachen starker Hustenreiz und reichliche Schleim- und Speichelabsonderung. Die Anfangs frequente und saccadirte Respiration wurde in kurzer Zeit ruhig und regelmässig. Auch am Abend war die Athmung ruhig (30), grobblasiges Trachealrasseln, von Zeit zu Zeit folgt Expectoration zähen Schleims. Patientin gibt auf die Frage, ob sie leicht athme, bejahende Antwort, sieht auch gar nicht cyanotisch aus, ist aber von dem wiederholten Brechen (Chloroformwirkung?) etwas müde geworden. In der folgenden Nacht schlief die Kranke bis 12 Uhr ziemlich viel, nach Mitternacht mehrmaliges Brechen, häufiger Husten und einige Male etwas Dyspnœ. Am 9. August Morgens wieder ruhige Respiration (28), doch sieht Patientin angegriffen und niedergeschlagen aus. Der Tag verlief im Ganzen gut, Athemnoth stellte sich nicht ein dagegen hie und da etwas Brechreiz. Auch in der darauf folgenden Nacht und am 10. Aug. keine beunruhigenden Symptome. In der Nacht vom 10./11. war Patientin ziemlich unruhig, hatte etwas Dyspnœ und spuckte viel Schleim. Gegen Morgen ruhiger Schlaf. Am 11. Klage über Halsschmerzen die wohl von dem Röhrchen herkommen. Mittags 12 Uhr wurde in Narcose das Röhrchen entfernt und ein dickeres, jetzt 6 mm. im Durchmesser haltendes, auf früher beschriebene Weise eingeführt. Beim Vorstossen desselben in die Trachea ziemlicher Widerstand. Auch diesmal stellte sich bald nachher starke Schleimabsonderung mit Husten und Dyspnœ ein, welche Symptome auch Anfangs der Nacht andauerten. Gegen Mitternacht wurde das Athmen leichter und es folgte dann erquickender Schlaf.

Am 12. August befand sich die Kranke recht ordentlich, sie athmete ruhig (24 R. in der Minute), hatte keinen Husten mehr und sah etwas besser aus. Auch beim Zuhalten der Trachealfistel trat keine Dyspnœ auf, immer viel Schleimabsonderung durch den Mund.

Am 13. August wurde versucht die Trachealfistel provisorisch mit Wundwatte zu verstopfen, allein die Kranke kam in grosse Aufregung und riss den Verband weg sobald sich hinter demselben etwas Trachealschleim angesammelt hatte. Am 14. August wurde ein 7 mm. dickes Röhrchen eingeführt. Während des ganzen Tages ruhige und freie Respiration, in der vorausgegangenen und in der folgenden Nacht ziemlich viel Schlaf, doch musste die Kranke einige Male geweckt werden, da sich jedes Mal bei stärkerer Schleimansammlung Dyspnœ einstellte, die wieder verschwand, sobald das aufgeweckte Kind durch einige Hustenstösse das Secret durch die Fistel entleert hatte. Prüfungen mit einer Flaumfeder ergaben noch immer einen bei geschlossenem Mund und offener Fistel schwachen Luftstrom durch die Nase.

Der 15. August war für die Patientin ein guter Tag, nachdem sie von 2 Uhr Nachts bis gegen Morgen fast anhaltend geschlafen hatte. Etwas Fœtor ex ore. In der Nacht vom 15./16. wieder mehr Husten und Enge. Das Schlucken ist behindert und ein Theil der genossenen Milch fliesst zur Trachealfistel heraus. Auch das Aussehen ist wieder schlechter und verfallener. Fœtor ex ore hat zugenommen. P. 116, die Respiration ziemlich frei. Es wurde nun 11 Uhr Vormittags das silberne Röhrchen herausgenommen, da es nicht gerathen schien Angesichts des sich verschlimmernden Allgemeinbefindens die Dilatationscur, die nun genau 8 Mal 24 Stunden ohne Unterbruch gedauert hatte, länger fortzusetzen. Pat. befand sich sofort wesentlich besser nach Herausnahme der Röhre, der Fœtor ex ore verschwand rasch, es stellte sich keine Dyspnœ ein und die Nacht vom 16./17. brachte langen, tiefen Schlaf. Die Schleimabsonderung war auch am 17. sehr stark und aller Schleim wurde durch die Trachealfistel entleert. Noch am gleichen Tage machten wir die erfreuliche Wahrnehmung, dass der Luftstrom durch die natürlichen Wege entschieden stärker geworden war.

Auch die Ernährung ging wieder besser von Statten, da das Schlucken wieder ohne Schmerzen vor sich ging und der Kehldeckel wieder sufficient geworden war.

Am 18. und 19. erholte sich die Kranke ganz wesentlich und war auch viel munterer. Die Respiration war ruhig und Pat. musste in der Nacht nur einige Male geweckt werden. Die Expectoration des Schleims geschah noch immer ausschliesslich durch die Fistel. Am 19. war etwas Verkleinerung der Trachealfistel zu constatiren, die in den nächsten Tagen so rasche Fortschritte machte, dass sie am 24. August nur noch stecknadelkopfgross war. In dieser Zeit vom 19.—24. August hatte die Kranke bei Tage sozusagen keine Athembeschwerden, in der Nacht dagegen traten während des Schlafes wiederholt inspiratorische Einziehungen, pfeifendes Athmen und leichte Cyanose auf, doch verschwanden diese Erscheinungen regelmässig wieder, wenn die Kranke geweckt wurde und einige Male geräuspert oder gehustet hatte.

In der Nacht vom 26./27. musste Pat. noch 5 Mal, in der Nacht vom 27./28. nur 3 Mal geweckt werden. In der Nacht vom 28./29. hatte das Kind einen eigenthümlichen Anfall: das Athmen war gegen Mitternacht geräuschvoll, pfeifend geworden und es hatten sich starke Einziehungen des untern Thorax eingestellt. Sie wurde deshalb geweckt. Allein auch nach starkem Schütteln und lautem Anrufen gab sie keine Antwort und liess die Extremitäten wie gelähmt hängen (Kohlensäureintoxication?). Auf Kaltwasserbespritzung erholte sie sich rasch.

Am 29. war die Trachealfistel vollständig geschlossen, Aussehen und Appetit gut. Bei Tage fast normale Respiration, in der Nacht zuweilen noch inspiratorische Einziehungen. Da als ein Respirationshinderniss namentlich während des Schlafes die nicht unerhebliche Vergrösserung der Tonsillen angesehen werden musste, wofür auch der Umstand sprach, dass die Respiration oft schon bei Lageveränderungen des schlafenden Kindes freier wurde, so ging ich am 1. September an die Entfernung der Tonsillen.

Es war nicht daran zu denken dieselbe ohne Narcose auszuführen bei dem durch die bisherige Behandlung ängstlich und scheu gewordenen Kinde. Ich machte daher die Operation in Chloroformnarcose bei hängendem Kopfe. Allein sei es, dass doch etwas Blut in die Stimmritze drang, sei es, dass die Streckung der Trachea eine acute Stenose herbeiführte, das Kind wurde während der Tonsillotomie kirschblau, die Athmung sistirte vollkommen und da die künstliche Respiration, die sofort in's Werk gesetzt wurde, die Apnœ nicht beseitigte, war ich gezwungen die kaum geschlossene Trachealfistel wieder zu öffnen und mit einem elastischen Catheter den angesammelten Schleim und etwas Blut anzusaugen, worauf wieder spontane Respirationsbewegungen sich einstellten und das Kind sich schnell erholte. Die dem Operationstag folgende Nacht war sehr unruhig, die Athmung behindert und aus der wieder geöffneten Trachealfistel floss reichlich Schleim. Allein schon andern Tags war das Befinden wieder sehr befriedigend, die Athmung fand wieder durch die natürlichen Wege statt und das Kind sträubte sich nicht im mindesten gegen das Zudecken der Trachealfistel, welches die Athmung durchaus nicht behinderte. Am 10. September war die Trachealfistel wieder geschlossen. Bei Tage war die Athmung ruhig und frei, Nachts musste das Kind noch regelmässig einige Male wegen durch Schleimansammlung behinderter pfeifender Respiration geweckt werden.

Am 29. September unternahm ich zum ersten Mal eine Spiegeluntersuchung des

Larynx, die bei der durch die vielen Operationen eingeschüchterten Patientin keine geringen Schwierigkeiten machte und es gelang mir einzig festzustellen, dass die Stimmritze frei und ziemlich eng war, dass die Bewegungen der Stimmbänder sehr wenig ausgiebig, aber gleichmässig auf beiden Seiten waren, das rechte Stimmband zeigte streifige Injection, ein Einblick in die tiefer gelegenen Theile war mir nicht vergönnt.

Am 30. (Pat. war nun seit 6 Tagen ausser Bett) war ich glücklicher und entdeckte in der vordern Trachealwand bei gutem Sonnenlicht eine lang gestreckte, graulichweisse Narbenmasse. Die Stimme war indessen wieder ganz klar und hell geworden, das Kind fühlte sich wohl und munter, spielte fast den ganzen Tag, auch bei raschem Gehen bekam es keine Dyspnœ, bei Nacht wurde die Inspiration mitunter noch geräuschvoll und es stellten sich leichte Einziehungen ein, allein es war nicht mehr nöthig Pat. zu wecken oder auf die Seite zu legen. Das Kind hatte sich jetzt an die laryngoscopische Untersuchung gewöhnt und am 6. October konnte ich bei gutem Sonnenlicht deutlich erkennen, dass auch bei tiefer und tiefster Inspiration ein completes Oeffnen der Stimmritze und gänzliches Auseinanderweichen der wahren Stimmbänder nicht zu Stande kam und es gelang mir diese unvollständige inspiratorische Erweiterung der Stimmritze auch meinen Assistenten zu demonstriren. Dieser Umstand hinderte denn auch begreiflicher Weise eine gute Einsicht in den Kehlkopf und die Trachea, während auch diesmal bei Benützung des Sonnenlichts trotz incompleter Erweiterung der Stimmritze die weisse Narbe der vordern Trachealwand in Sicht kam.

Am 8. October wurde Pat. mit freier Respiration und gutem Allgemeinbefinden in ihre Heimath entlassen.

(Schluss folgt.)

Beiträge zur pathologischen Anatomie der Schilddrüse.

Von Dr. **F. Schmuziger** in Aarau.

(Schluss.)

Fall Nr. 2. Rudolf Hunziker, 50 Jahre. Struma sarcomatodes.

Der Kropf stellt sich dar als eine stark 2 Faust grosse, kugelige Geschwulst von (im Weingeistpräparat) 10, 11 und 12,5 cm. Durchmesser, in Tiefe, Breite und Länge gemessen; im Allgemeinen von harter Consistenz, finden sich doch auch zahlreiche weiche Partien, ohne dass es jedoch irgendwo zu einer Cavernenbildung gekommen wäre. Von Trachea und Larynx liess sich bei der Operation der Kropf vollständig ablösen; keine Perforation der Neubildung in diese Partien; ebenso wenig hat eine directe Wucherung des Kropfes in das Kehlkopfinnere stattgehabt. — Ein als Lymphdrüsen gedeutetes, seitlich neben der Struma gelegenes Packet erwies sich bei genauerer Untersuchung ebenfalls als aus verändertem Strumagewebe bestehend; es hat eine Länge von ca. 8 cm., eine Breite von 4 und eine Dicke von 2 cm., ist von einer Capsel umschlossen und besteht aus einem Convolut von erbsen- bis haselnussgrossen, je von einer lockern Bindegewebscapsel umhüllten Drüsen, deren Aussehen auf der Schnittfläche bei den einen, kleinern ein schwammartiges, röthliches ist, an die gewöhnliche Struma erinnernd, bei den andern, grössern ein mehr oder weniger weisses, an Lymphdrüsen erinnernd: Beides sind Partien, welche eine theils normale, theils sarcomatös degenerirte Struma darstellen. Das Ganze ist wohl als eine der nicht eben seltenen accessorischen Schilddrüsen zu betrachten. — Endlich finden sich sowohl seitlich, als vor dem Kehlkopfe und längs der Trachea vereinzelt kleine Lymphdrüsen, welche sarcomatös degenerirt sind, von Erbsen- bis Bohnengrösse, harter Consistenz, auf dem Durchschnitte weiss oder grau.

Auch die grosse Kropfgeschwulst zeigt, vorzüglich in ihren peripher gelegenen Partien, mehr oder weniger ausgedehnte Stellen, wo das gewöhnliche Bild einer Struma hyperplastica vorliegt; es sind diese Stellen meist deutlich gegen die bösartige Geschwulst abgegrenzt und kenntlich an ihrer röthlichen bis braunrothen Farbe, ihrem porösen Aussehen, bisweilen auch durch eine gewisse bindegewebige Abkapselung; doch gibt es auch Stellen, wo der Gefässreichthum ein geringerer ist, die Struma sieht blass aus, ebenso auch die meist hart anzufühlenden Uebergangsstellen der Struma in die Neubildung; immerhin verrathen sich auch letztere Partien dem unbewaffneten Auge durch eine gewisse Sprenkelung, hervorgehend aus der Mischung des hier meist bindegewebigen Charakters der Neubildung mit den noch restirenden, dazwischen eingestreuten Bläschen der Struma. Auf Durchschnitten der eigentlichen Neubildung constatiren wir eine stärkere weisse Farbe bei den harten Partien mit grosser Resistenz beim Schneiden, eine mehr grauliche bis röthliche da, wo der weiche Geschwulstcharakter vorwiegt. Nach aussen ist die Neubildung überall abgegrenzt durch eine starke, fibröse Capsel.

Gehen wir über zur genauern Analyse der Geschwulst, so sehen wir zunächst eine grosse Zahl von Stellen, wo eine gewöhnliche Bindegewebswucherung vorhanden ist; während gerade daneben noch das gewöhnliche Bild einer Struma hyperplastica vorliegt, die geschwellten, bald enorm grossen, bald kleinern Drüsenbläschen mit ihrem colloiden Inhalte, eines dicht am andern, von einander getrennt nur durch ein schmales bindegewebiges Septum, an welches sich zu beiden Seiten die Drüsenepithelien anlagern, treffen wir hier auf mehr oder weniger mächtige Bindegewebszüge, welche sich zwischen die Drüsenbläschen einschieben, dieselben isoliren, so dass letztere inselförmig bald vereinzelt, bald in Gruppen aus dem umgebenden Bindegewebe sich abheben. Die Drüsenbläschen selbst zeigen dabei normale Formen; wenn auch ihre Grösse meist abnimmt, treffen wir in ihnen doch ein regelmässiges Epithellager, dessen einzelne Zellen von normaler Grösse sind, die Kerne von 0,005—0,008 mm. Durchmesser, im Innern des Hohlraumes ein oft zerklüfteter colloider Inhalt. Das umgebende, gewucherte Bindegewebe aber zeigt uns alle Formen dieser Gewebsart, vom gewöhnlichen fibrillären Gewebe bis zur reticulären Form desselben; weisen die fibrillären Partien noch normales Aussehen auf, so erinnert das Auftreten mehr isolirter, breiter Fasern und Bänder schon an den bösartigen Charakter der Geschwulst, welcher sich dann auch rasch, unter gänzlichem Verschwinden des Strumagewebes, kennzeichnet, indem an Stelle der Bindegewebsbündel oder -Fibrillen sich ein dichtes Netz in einander verfilzter Sarcomzellen ausbildet. Auch diejenigen Stellen, wo das weiche Sarcom dicht an Strumapartien grenzt, zeigen in letzteren keine weitere pathologische Veränderungen, auch hier sehen wir das Drüsenbläschen, gebildet aus der Epithelschicht mit colloidem Inhalte, welches einfach zu Grunde geht durch eine rasche Wucherung der bindegewebigen Massen, resp. der als Einzelindividuen entwickelten Sarcomzellen. Die Drüsensubstanz verhält sich passiv, sie nimmt nicht Theil an der Constituirung der Neubildung.

Dem macroscopischen Befunde entsprechend sehen wir die ausgesprochene Neubildung sich zusammensetzen meist aus dicht in einander verfilzten Sarcom-

zellen; stellenweise aber, wo der weiche Charakter der Geschwulst vorwiegt, treffen wir ein reticuläres Bindegewebe als Stützsubstanz, dessen Lücken ausgefüllt sind mit den massenhaft eingelagerten, kugeligen Sarcomzellen; bei diesen ist der Kern meist beinahe so gross wie die Zelle selbst, im Durchmesser 0,006 bis 0,008 mm., rund, letztere bis zu 0,01 mm. Durchmesser. In den übrigen Geschwulstpartien aber treffen wir auf alle möglichen Zell- und Kernformen; am meisten schliessen sich noch an das normale Bindegewebe an die langgestreckten Zellen, welche bandförmig sich ausbreiten, oft bis zu 0,05 mm. Längsdurchmesser, und entsprechenden Kernen, Kern und Zellinhalt grobkörnig granulirt; dann die Zellen von polymorpher Gestalt, im Allgemeinen mit nicht zu sehr von einander differirenden Quer- und Längsdurchmessern, in der Grösse von 0,01—0,024 Längsdurchmesser und meist runden oder oblongen Kernen, deren resp. Durchmesser von 0,008 und 0,01 bis zu 0,01 und 0,021 mm. (Quer- und Längsdurchmesser) gehen. Der Kerninhalt besteht aus meist stark granulirten Körperchen, ist aber daneben klar, durchsichtig.

Was die Intercellularsubstanz betrifft, so ist bei genauerem Zusehen eine solche nur sehr spärlich vorhanden; denn wenn auch gerade die härtesten Stellen scheinbar enorm grosse Kerne nur aufweisen in einer protoplasmaartigen Grundsubstanz, so erweisen sich doch auch diese Stellen zusammengesetzt aus den vielgestaltigen, grossen, eng verfilzten Sarcomzellen, deren lange Ausläufer sich mit andern verflechten.

Blutgefässe sind mehr nur anzutreffen in den strumösen Partien, in den eigentlichen Sarcommassen zeigen sie sich selten, auch sind keine Pigmenthaufen von umgewandeltem Blutfarbstoff aufzufinden.

Zu erwähnen ist noch, dass die dem Drucke am meisten ausgesetzten Randpartien stellenweise eine starke Verfettung der Drüsenzellen zeigen, mit zum Theil totaler Zerstörung der Zellen und Zerfall derselben.

Betrachten wir nun die schon früher erwähnte accessorische Struma, an welche sich noch eine zweite von circa Erbsengrösse anschliesst, welche ebenfalls erst bei der microscopischen Untersuchung als aus degenerirtem Strumagewebe bestehend sich erwies und gerade vor dem Larynx herausgeschält wurde, so finden wir hier ebenfalls die sarcomatöse Degeneration eingeleitet, wenn sie auch noch nicht das Uebergewicht erhalten hat, wie in dem grossen Tumor; denn überall sehen wir noch einen gewissen Rest der Drüsensubstanz erhalten, obschon auch hier das Bindegewebe nicht nur angefangen hat zu wuchern, sondern als selbstständiges, sarcomatöses Gewebe aufzutreten; es zeigen sich uns, ähnlich wie in der grossen Struma, die einzelnen Drüsenbläschen, bald allein, bald in Gruppen durch starke Bindegewebszüge isolirt und so dem Untergange geweiht, und auch das Bindegewebe selbst, an vielen Stellen noch einfach fibrillär, beginnt an andern jene charakteristischen grossen Zellen aufzuweisen, welche wir als Vorläufer jener andern sarcomatösen Zellen aufgestellt haben, die schon ganz den Charakter der Neubildung tragen und nur durch die Uebergangsstellen als Abkömmlinge des Bindegewebes, als Sarcomzellen diagnosticirt werden können. — Auch hier sehen wir bisweilen auf grössere Strecken fettige Degeneration, in den Drüsenbläschen

sind die Zellgrenzen verwischt, überall in kleineren und grösseren Tröpfchen Fett angehäuft.

Die Gefässversorgung erscheint auch hier eine wechselnde, stärker in den von der Neubildung noch weniger ergriffenen Theilen als da, wo schon eine starke Verdrängung der Drüsensubstanz stattgefunden.

Es bleiben der Untersuchung übrig nun noch wenige kleinere Lymphdrüsen, welche längs der Trachea und in der Umgebung des Kehlkopfes sich befanden, von welchen eine besonders wichtig ist, weil sie mit ein Hauptgrund des Glottisödemes war, welchem Pat. erlag; oberhalb der r. Morgagni'schen Tasche fand sich nämlich die Schleimhaut besonders stark vorgewölbt, auf dem Durchschnitte zeigte sich ein bohnengrosses Knötchen, welches, als aus reinem Sarcomgewebe bestehend, als Metastase zu betrachten ist; ähnlich zeigen auch die 2 längs der Trachea befindlichen, ca. bohnengrossen Lymphdrüsen neben einer stellenweise noch erhaltenen Organisation eine starke sarcomatöse Degeneration, zum Theil mit Neigung zum Zerfall; in einer derselben, deren Grösse etwas beträchtlicher, finden sich mehrere kleine Cysten, deren breiiger Inhalt aus Detritus, Sarcomzellen und massenhaft auftretenden Cholestearintafeln besteht.

Sonst keinerlei Metastasen; Trachea ganz frei; bemerkenswerth ist allein eine beginnende Verkalkung der Knorpelringe, welche ebenso in den Knorpeln des Larynx sich wiederholt.

Es handelt sich also in unserem Falle um ein einfaches Sarcom, welches auftrat in einer schon bestehenden Struma, einen bedeutenden Umfang erreichte und nahe daran war, in der Hauptgeschwulst die noch bestehenden Theile der ursprünglichen Struma vollends zu vernichten.

Fall Nr. 3. Samuel Brunner, 49 Jahre. Struma sarcomatodes.

Pat. trat am 4. Januar 1882 in Behandlung wegen heftiger Schmerzen in der Magengegend und l. Seite, gleichzeitig starke Abmagerung, bisweilen Athem- und Schlingbeschwerden, gestörte Verdauung, angehaltener Stuhl. Objectiv ergab sich: Stark abgemagertes Individuum, mit gelblicher, aber nicht icterischer Haut; starke Struma, nicht verschiebbar, von harter Consistenz, welche sich mit ihrem grössern Theil auf der r. Seite des Halses befindet, nach unten gegen das Sternum breiter wird und hier über die Mittellinie nach l. hinübergeht. Brust- und Baucheingeweide ergeben nichts Abnormes, auch keine Milzschwellung. Pat. ging Anfangs Februar zu Grunde unter fortwährenden Schmerzen in der l. Seite und Gegend des Fundus ventriculi, sowie heftigen Schlingbeschwerden; er zeigte das bei malignen Strumen oder nach Kropfoperation bekannte Symptom, dass der Speichel sich oberhalb des Kropfes ansammelte, nicht verschluckt werden konnte, wobei ein continuirliches Rasseln mit gleichzeitiger Störung der Stimme ohne eigentliche Heiserkeit entstand; häufig Schmerzen gegen das r. Ohr. — Section, nur für die Struma gestattet, erwies:

Faustgrosse Geschwulst, welche mit ihrem obern Lappen bis neben den Kehlkopf hinaufragt, gleich unterhalb des Kehlkopfes sich verbreitert, über die Trachea auf die l. Seite des Halses geht und nach unten bis zum Sternum sich erstreckt; grösste Höhe der Geschwulst 8 cm., grösster Dickendurchmesser 4,5 cm., grösste



Breite wiederum 8 cm. In ihren obersten Partien fühlt sich die Struma sehr hart an, der r. untere Theil dagegen zeigt eine weiche Consistenz, sogar mit Zerfall und Bildung einer circa nussgrossen Höhlung, welche mit Geschwulstresten in halbflüssiger Form angefüllt ist. Die Trachea ist durch die Struma von 3 Seiten umschlossen, nur die hintere Wand bleibt frei; dabei lässt sich im untern Theile der Luftröhre die Geschwulst von derselben ablösen, sobald aber die harte Beschaffenheit vorwiegt, ist dies unmöglich; seitlich rechts findet sich in der Luftröhre eine unregelmässig begrenzte Stelle, wo die Mucosa zerstört und eine Perforation aus der anliegenden weichen Partie der Struma schon eingetreten ist. Der grössere Theil der Geschwulst erscheint beim Schneiden sehr hart, mit zahlreichen Kalkeinlagerungen, im obersten Zipfel der Struma r. neben dem Larynx mitten in der harten Partie eine ca. haselnussgrosse Cyste; Durchschnitte zeigen eine rein weisse oder gelbliche Färbung in den harten Partien, eine mehr röthliche in den untern, weichen Geschwulsttheilen. Nach aussen überall eine mehr oder weniger feste Capsel.

Die microscopische Untersuchung lässt nirgends mehr die Bestandtheile einer gewöhnlichen Struma hyperplastica erkennen; bis auf wenige, kleine Stellen an den Rändern der Geschwulst ist die ganze Schilddrüse resp. Struma verschwunden, und auch an den vorhandenen Partien ist eine starke Degeneration in die Augen fallend. Nirgends mehr stossen wir auf gewöhnliches Strumagewebe, sondern es lässt sich sowohl eine Veränderung in der Stützsubstanz als auch bis zu einem gewissen Grade in den Drüsenbläschen constatiren; mit Bezug auf letztere sind die Veränderungen rein passiver Natur: Wir sehen zwar Epithelien, Colloidinhalt noch vorhanden, die Drüsenbläschen aber haben meist ihre gewöhnliche rundliche oder oblonge Form verloren, sie sind verzerrt, sehr häufig schmal, langgestreckt, fast reihenweise angeordnet und lassen jene schönen Bilder eines zusammenhängenden Epitheliums, wie wir sie an der gewöhnlichen Struma hyperplastica zu sehen gewohnt sind, gänzlich vermissen. Dabei sind aber die Drüsenzellen selbst durchaus nicht in Wucherung begriffen, alle Veränderungen sind, ähnlich wie die hie und da auftretende Verfettung, passiver und regressiver Natur, wie denn auch die Betrachtung der Form und Grösse der Drüsenzellen keine wesentlichen Abweichungen von der Norm ergeben; die Kerne zeigen überall die gewöhnliche Grösse von 0,006—0,008 mm. — Das Pathologische in diesen Bildern noch vorhandener Drüsensubstanz liegt dagegen in der Bindegewebswucherung, welche überall die einzelnen Drüsenbläschen und -haufen von einander isolirt, wobei die Form ziemlich breiter, welliger Fasern vorherrscht, in welche vereinzelte Kerne eingestreut sind. Sowohl die rein fibrilläre als die reticuläre Form des Bindegewebes findet sich seltener vor. Aber auch hier, wie im Falle Hunziker, bleibt es an denjenigen Stellen, wo noch Strumabläschen nachweisbar sind, bei der eben beschriebenen Bindegewebswucherung. Die eigentlich sarcomatösen Zellformen treten erst an Stellen auf, wo von Drüsensubstanz nichts mehr vorhanden und zwar stellt bei der microscopischen Untersuchung unsere Geschwulst, die ganz weichen Partien abgerechnet, ein Sarcom dar, in welchem harte und weiche Formen rasch in einander übergehen; eine aus breiten, glänzenden Bindegewebs-

massen mit wenigen eingestreuten Bindegewebskörperchen gebildete Partie fängt plötzlich an, eine grosse Zahl von kleinen Kernen aufzuweisen, in den Spalträumen derselben Partien erscheinen ebenfalls Kerne und kleine junge Zellen und rasch sehen wir die Umwandlung zu ausgebildeten, typischen Sarcomzellen eintreten, welche an einigen Stellen durch langgestreckte, auch bandförmige Gestalt und ähnlichen Kern noch an ihre Herkunft aus Bindegewebe erinnern, an andern aus den bekannten polygonen Sarcomzellen bestehen mit grossem rundem oder ovalem Kerne sammt mehreren deutlichen Kernkörperchen und spärlicher Intercellularsubstanz; meistens sind die beiden Zelldurchmesser nicht zu sehr von einander verschieden und bewegen sich um 0,012 und 0,02 mm. herum, während die Kerngrösse meist 0,01 mm. beträgt. Selten finden sich vielkernige Riesenzellen, von rundlicher Gestalt und mit Durchmessern bis auf 0,048 mm. In den weichen Geschwulstmassen, welche sich um die Höhlung in der r. untern Sarcommasse finden, ist schon ein Zerfall der Zellen vorhanden, der zur Bildung von eigentlichem Detritus sich steigert, je näher wir der Caverne kommen. — Gefässversorgung scheint nicht bedeutend zu sein, da auf den Durchschnitten nur wenige vorhanden, auch nirgends grössere Ansammlungen von freiem Blute oder Blutfarbstoff zu finden.

Wir haben es also mit einer Struma sarcomatodes zu thun, ohne active Betheiligung des Drüsengewebes; zu betonen ist, dass auch hier die bindegewebige Neubildung innerhalb der Struma als einfache Hyperplasie beginnt und erst in der Folge zur Bildung der für das Sarcom charakteristischen Zellen übergeht.

Die Perforationsstelle der Trachea zeigt ein Vordringen der Geschwulstmassen bis in's Lumen der Luftröhre, noch ohne eingetretenen Zerfall; Trachealknorpel mit beginnender Verkalkung. Sonst keine Veränderungen, weder an Trachea noch Oesophagus.

Fall Nr. 4. Jgfr. Schmid, 23 Jahre. Adenom der Schilddrüse.

Zur Untersuchung kommen vom ursprünglichen Kropfe einzelne Ausschnitte aus der weissen, sogleich zu besprechenden Masse und ein Theil der linksseitigen Struma. Letztere zeigt an den meisten Stellen eine mehr oder weniger roth gefärbte Schnittfläche und das Aussehen eines gewöhnlichen Struma hyperplastica, untermischt mit den weissen Streifen von Bindegewebszügen. Ausserdem aber finden sich zerstreut in dem röthlichen Kropfgewebe kleine, erbsen- bis bohnengrosse Stellen von graulicher bis weisser Farbe, welche sich zum Theil scharf abgrenzen gegen das umgebende Strumagewebe, theils einen allmäligen Uebergang in dasselbe aufweisen. Diese weissen Partien erscheinen zugleich compacter, dichter in ihrer Structur, sowohl im Vergleich mit den kropfig degenerirten Massen, als auch mit normalem Schilddrüsengewebe. — Eine ganz gleiche, weisse Masse findet sich nun in grösserer Ausdehnung zwischen der grossen Cyste und der Capsel der Struma; zwischen der Cystenwand und dieser äussern weissen Partie finden sich stellenweise noch gewöhnliche Strumamassen. — Indem wir die gewöhnliche Struma hyperplastica bei Seite lassen, und uns nur diesen fraglichen weissen Stellen zuwenden, sehen wir, dass dieselben bei schwacher Vergrösserung ein sehr gleichmässiges Aussehen darbieten, welches auf den ersten Blick durchaus an ein Sarcom erinnert. Gehen wir aber zu stärkerer Vergrösserung über

(*Hartnack* 3 + 8), so löst sich uns die scheinbar regellose Zellanhäufung auf in ein drüsenartiges Gewebe: Wir sehen einen Zellhaufen neben dem andern, meistens von einander getrennt durch ein feines bindegewebiges Septum, der Zellhaufen selbst, nennen wir ihn gleich das Drüsenbläschen, setzt sich zusammen aus wenigen Zellen, so dass auf dem Durchschnitt oft nicht mehr als 4—5 derselben neben einander liegen, und hin und wieder umschliessen die Zellen ein centrales Lumen, in welchem wir meistens einen colloiden Inhalt erkennen können; an andern Stellen scheint derselbe zu fehlen. Die Zellen selbst bewegen sich innerhalb der Grössenverhältnisse normaler Thyroidealdrüsenzellen; sie zeigen meist eine Länge von 0,01 mm., bei einer Breite von 0,006—0,008 mm. (Weingeistpräparat) und besitzen deutliche Kerne mit Durchmessern von 0,0042—0,0084 mm. Die durch Vereinigung der einzelnen Zellen entstandenen Drüsenbläschen zeigen auf Durchschnitten bald eine kreisförmige Gestalt, bald eine mehr oblonge; das Stützgewebe kömmt in Pinselpräparaten gut zum Vorschein und erweist sich als aus feinen Fasern bestehend, mit spärlichen Kernen, welch' erstere den Ausgangspunct bilden für unendlich feine, durchsichtige, flächenartige Ausbreitungen von Bindegewebe, welche die einzelnen Bläschen umgeben. — Im Princip haben wir es also durchaus mit einem nach dem Typus der normalen Schilddrüse gebauten Gewebe zu thun, für die erste Untersuchung aber scheint das microscopische Bild unendlich davon abzuweichen. Die Verschiedenheit der normalen Schilddrüse des Erwachsenen sowohl als der Struma hyperplastica, und des uns beschäftigenden Gewebes liegt 1) im Fehlen resp. der enormen Kleinheit der Hohlräume im Drüsenbläschen, 2) in der dadurch bedingten geringen Grösse der Drüsenbläschen überhaupt. Gerade hiedurch erscheint das Gewebe leberartig und verliert das lockere Gefüge des gewöhnlichen Schilddrüsengewebes, tritt dagegen in nächste Verwandtschaft mit dem Bau der fötalen Schilddrüse. Beim 3monatlichen Fötus treffen wir ganz dieselben Drüsenbläschen an, meistens noch ohne Hohlraum und erst in den spätern Fötalmonaten treten die mit Colloid gefüllten Hohlräume auf. Entsprechend diesen Verhältnissen sehen wir den Durchmesser der Drüsenbläschen sich innert 0,0168 und 0,03—0,05 mm. bewegen, meist aber nur 0,025 mm. betragen, d. h. nur selten erreicht der Durchmesser die von *Frey* [1]) mit 0,05—0,12 mm. für den Erwachsenen als normal bezeichnete Grösse, bleibt immer bedeutend unter den Zahlenangaben *Verson*'s (0,1—0,16 für den Neonatus, bis 0,2 beim Erwachsenen) und hält sich meist auf der von *Verson* [2]) für den 5—6monatlichen Fötus angegebenen Grösse von 0,0252—0,0336 mm. Diesen Verhältnissen entsprechend ist der Durchmesser der von den Drüsenzellen umschlossenen Hohlräume gleich null, oder wo vorhanden, meist nicht grösser als der einer ihn selbst angrenzenden Zelle, oft nicht grösser als ein Zellkern und geht an den typischen Stellen von 0,0052 bis 0,0126 mm.

Die constituirenden Zellen selbst hingegen stimmen in Gestalt und Structur durchaus überein mit den normalen Schilddrüsenzellen.

Geben wir nach diesen Erörterungen zur anatomischen Diagnose des Gewebes

[1]) *H. Frey*, Handbuch der Histologie 1874, p. 452.
[2]) *E. Verson*, *Stricker*'s Handbuch der Lehre von den Geweben 1871, p. 268.

über, so müssen wir dasselbe bezeichnen als ein neugebildetes Gewebe mit dem Charakter der reinen glandulären Hyperplasie im Typus einer normalen Schilddrüse, resp. als ein Adenom, wenn wir darunter eine gutartige Geschwulstbildung verstehen, welche zwar den Typus des drüsenartigen Muttergewebes zeigt, jedoch in einzelnen Puncten von dem normalen Bau desselben abweicht. Das Unterscheidende ist im vorliegenden Falle die Kleinheit der Drüsenbläschen und das mehr oder weniger vollständige Fehlen eines Lumens mit Inhalt. Dass wir es aber doch noch mit einem gutartigen, im Sinne einer Hyperplasie aufzufassenden Gewebe zu thun haben, beweist erstens der an vielen Stellen nachweisbare Uebergang des Gewebes zu gewöhnlichem Strumagewebe, indem das Lumen zunimmt, der colloide Inhalt deutlich überall hervortritt, die Drüsenbläschen selbst eine normale Grösse erreichen, zweitens aber die directe Anlehnung an den Typus der 3—4monatlichen, fötalen Schilddrüse; wir haben es eben mit einem rasch wachsenden Gewebe zu thun, welches vielleicht gerade deshalb den fötalen Typus wiederholt; immerhin ist dieser Unterschied, zusammengehalten mit der auch oft rasch wachsenden Strumabildung, bei welcher es trotzdem zur Bildung regelrechter, oft abnorm grosser Bläschen mit colloidem Inhalte kömmt, ausreichend, um unser Gewebe aus dem Rahmen einer reinen glandulären Hyperplasie herauszuheben und als eine adenoide Bildung hinzustellen.

Fall Nr. 5. Frau Wiedmer, 30 Jahre. Struma follicularis mit Adenoidbildung.

Auch dieser Fall, welcher mit der Diagnose einer Struma hyperplastica zur Operation kam, zeigt in dem kleinapfelgrossen Tumor neben den meist braunroth gefärbten Schnittflächen einzelne kleine, meist nur erbsengrosse weisse Partien, welche zum Theil aus gewöhnlichem Strumagewebe bestehen, zum Theil aber eine ganz gleiche adenoide Beschaffenheit aufweisen, wie im eben mitgetheilten Falle Schmid. Auch hier treffen wir eine Zellanordnung, welche einen Hohlraum nur in kleinsten Grenzen im Innern der Drüsenbläschen auftreten lässt, während an einzelnen Stellen gleich daneben, sogar innerhalb einer solchen Partie wieder gewöhnliches Strumagewebe vorhanden sein kann, welches wie ein Zapfen in das compacte, adenoide Gewebe eindringt. Auch hier gewinnen wir die Ueberzeugung, dass es sich einfach um ein rasches Wachsthum der Drüsenzellen handelt, wobei sich die Bildung der fötalen Schilddrüse wiederholt, denn auch hier erscheinen die Zellen selbst durchaus mit dem Charakter der normalen Drüsenzellen, nur das fehlende oder spärlich vorhandene Lumen und die Kleinheit der Drüsenbläschen verleiht dem Gewebe sein eigenthümliches Aussehen.

Vereinsberichte.

Medicinisch-chirurgische Gesellschaft des Cantons Glarus.

Nach langem Stillschweigen greift auch der Actuar der glarnerischen cantonalen medicinischen Gesellschaft einmal zur Feder, um den geehrten Lesern des Corr.-Bl. ein Lebenszeichen von derselben zu geben. Eine Zeit lang ging es eben im Schoosse der Gesellschaft ziemlich still zu, und dieser Umstand war Schuld,

dass wir so lange nichts von uns hören liessen. Erst die jüngste Zeit brachte wieder mehr Leben, und wollen wir daher unsere Erlebnisse unsern verehrten Schweizer Collegen nicht länger vorenthalten. — Vor Allem aus sind zwei Thatsachen zu nennen, die von Einfluss auf unsere Gesellschaft waren: erstens einmal die im März 1880 vor sich gegangene Wiedervereinigung der beiden bestehenden ärztlichen Gesellschaften — der cantonalen medicinischen und des Lesecirkels älterer Aerzte — zu einer; und zweitens die im August vorigen Jahres stattgehabte Eröffnung des neuen Cantonsspitals. Seit December 1868 bestanden nämlich, in Folge Austrittes der älteren Aerzte aus der cantonalen med. Gesellschaft, die beiden oben genannten Vereinigungen getrennt neben einander. Der Tod hatte die Reihen der ältern Aerzte bereits gelichtet. Endlich machte sich denn doch das Bedürfniss eines engern Anschlusses aller patentirten Aerzte des Cantons an einander fühlbar, und die cantonale med. Gesellschaft beschloss, alle ihr nicht angehörenden Glarner Aerzte zum unentgeltlichen Eintritt einzuladen. Es leisteten Alle bis auf zwei dieser Einladung Folge, so dass nunmehr die Gesellschaft 23 Mitglieder zählte, worunter ein aussercantonales, Herr College *Schneider* in Weesen, der dem Lesecirkel der ältern Aerzte angehört hatte. Doch bald wurden der Gesellschaft zwei Mitglieder durch den Tod entrissen: Herr Dr. *Marti* in Glarus († an Vitium cordis) und Herr Dr. *Trümpi* in Schwanden († nach einer Embolia cerebri).

Die nächstfolgende Hauptversammlung wurde den 24. August 1880 im „Sternen" in Obstalden abgehalten. Jupiter Pluvius hatte just seine Schleusen geöffnet, und es betheiligten sich in Folge dessen nur 8 Mitglieder an dieser Sitzung. Das Haupt- und einzige Tractandum derselben bildete eine Besprechung der Entwürfe zu den das neue Cantonskrankenhaus betreffenden Reglementen.

Ordentliche Hauptversammlung, 13. Dec. 1880, im Glarnerhof in Glarus.
Anwesend 13 Mitglieder.

Tractanda: 1) Geschäftliches: Verlesen des Protocolls; Rechnungsablage und Festsetzung des Jahresbeitrages pro 1880; Bestimmung des Lesestoffes für's Jahr 1881. Trotzdem die Mitgliederzahl um ein Bedeutendes sich vermehrt hat, wird beschlossen, doch nur einen Lesecirkel zu bilden.

2) Dr. *Krüger* in Glarus, als Mitglied der cantonalen Sanitätscommission, theilt mehrere Fälle mit, in denen Wöchnerinnen, in Behandlung von nicht patentirten Aerzten, durch Fahrlässigkeit und Unkenntniss derselben, gestorben seien und wünscht, da die Sanitätscommission durch den h. Rath beauftragt worden sei, Vorschläge betr. allfälliger Einschränkung der ärztlichen Praxis demselben zu unterbreiten, vorher noch die Ansicht der medicinischen Gesellschaft in der Sache zu vernehmen. In der hierauf folgenden Discussion begrüssen es fast alle Redner, dass derartige Fälle zur Kenntniss eines weitern Publicums und namentlich auch der Behörden gelangen; sie vertreten aber den Standpunct, dass es nicht uns patentirten Aerzten zustehe, abzusprechen oder gar klagend auftreten zu wollen; insbesondere findet Dr. *Schindler* in Mollis, dass die Sanitätscommission zu weit gehen würde, wenn sie als Klägerin aufträte; im Gegentheil sei die Klage von der geschädigten Partei beim Civilgericht anhängig zu machen. Ueberhaupt müsse die

Initiative zu solchen Klagen von Nichtärzten ausgehen; doch dazu bedürfe es wahrscheinlich noch mehr derartiger flagranter Fälle, wie sie *Krüger* geschildert. Einzelne Redner fürchten, wenn die Aerzte einschreiten wollten, allfällige Uebergangsbestimmungen in einem neuen Sanitätsgesetze, wodurch die jetzt practicirenden unpatentirten mit den patentirten Aerzten vollständig auf gleiche Linie und in gleiche Rechte gestellt würden, was ein nicht geringes Tiefersinken der Autorität des ärztlichen Standes bedeutete. — Dr. *Wickser* theilt einen gleichen Fall mit wie Dr. *Krüger*, in dem er beim Polizeiamt des betr. Ortes habe klagen wollen, weil die Civilpartei es nicht that; er sei aber abgewiesen worden.

Hierauf Schluss der Sitzung, welcher ein sehr gutes Dîner als actus secundus folgte.

Ordentliche Hauptversammlung den 22. August 1881, Nachmittags 3 Uhr,
im neuen Cantonsspital in Glarus.
Anwesend 11 Mitglieder.

Das Präsidium, Dr. *Schuler* in Mollis, eröffnet die Sitzung, indem er die Anwesenden hier willkommen heisst, und den Wunsch ausspricht, dass die Mitglieder sich mehr an wissenschaftlichen Arbeiten betheiligen möchten, als bisher der Fall gewesen; er hofft auch, dass das neue Cantonskrankenhaus in dieser Beziehung einen guten Einfluss auszuüben im Stande sei. Sodann erfolgt einstimmige Aufnahme von zwei neuen Mitgliedern: Spitalarzt Dr. *Fritzsche* in Glarus und Dr. *Jenny* in Netstall. (Letzterer ist aber vor wenigen Monaten in seine Heimathgemeinde Zuz im Engadin übergesiedelt.) Dr. *Samuel Zopfi* in Schwanden meldete sich schriftlich ebenfalls zur Aufnahme in den „Lesecirkel"; sein Gesuch wird aber abgewiesen, weil er sich schon früher bei vielen Gelegenheiten in Wort und Schrift den ärztlichen Kreisen gegenüber feindlich verhalten hat.

Nach Verlesung des Protocolls über die letzte Sitzung führte uns Dr. *Fritzsche* im ganzen Krankenhaus herum und demonstrirte cursorisch seine Patienten. Die Einrichtungen gefielen allgemein und die Gesellschaft verliess das Spital, recht befriedigt von dem Gesehenen, um in den Räumen der „3 Eidgenossen" die unterdessen etwas trocken gewordenen Kehlen mit etwelchem Biere zu befeuchten.

Der Actuar: Dr. *O. Streif*.

Referate und Kritiken.

Milchnahrung und Milchcuren.

Vortrag von Dr. *Albu* (30 Seiten). Berlin, Verlag von Damköhler.

Herr Dr. *Albu*, ein bekannter Berliner Kinderarzt, Verfasser des Buches über öffentliche Gesundheitspflege in Berlin, stellt sich die Aufgabe, den Milchkochapparat von Carl Bertling in Berlin zu empfehlen. Der erste Theil des Vortrages handelt von der chemischen Analyse der Milch, ihrer Verwendung zur Kinderernährung, ebenso werden die natürlichen Veränderungen dieses Nahrungsmittels, seine Verfälschung, sowie die in demselben enthaltenen gefährlichen und ungefährlichen Krankheitserreger und Gährungspilze erwähnt. Der Verf. stellt sich diesfalls auf den neuesten Standpunct der Wissenschaft. Um so auffallender sind die vielen unrichtigen Behauptungen Dr. *Albu*'s, der bald mit den Resultaten der chemischen Analyse von Nahrungsmitteln, bald mit den Grundprincipien der Physik, oft aber auch mit sich selbst in Widerspruch geräth. Nur ein Beispiel: „Den Eiern fehlen alle Kohlenhydrate."

Wer über die Zusammensetzung der Nahrungsmittel schreiben will, sollte denn doch keine solche Schnitzer machen.

Die Beschreibung des *Bertling*'schen Apparates ist unklar und unrichtig. Wir wollen die Vortheile und Mängel desselben kurz zusammenfassen:

1) Derselbe gestattet ein gründliches Kochen der Milch bei 100° C. (Milch siedet resp. schäumt in der gewöhnlichen Pfanne schon bei 70—80° C.)

2) Die im *Bertling*'schen Apparat gekochte Milch ist wohlschmeckend, beständiger und leichter verdaulich, als, auf gewöhnliche Weise erwärmte, Kuhmilch.

3) Ein Nachtheil des Apparates besteht in seiner unzweckmässigen, kostspieligen und schwer zu reinigenden Form.

Durch Herrn *Kunz*, Chemiker, Oberhelfenschweil, sind wir in Besitz eines Milchkochapparates gekommen, der bei einem Preise von 3 Fr., auf die denkbar einfachste Weise functionirend, das Gleiche erreicht, wie der *Bertling*'sche Apparat. Wir verwenden denselben hauptsächlich zum Kochen der Lactinmilch. Während durch Lactinzusatz gewöhnliche Kuhmilch in chemischer Hinsicht der Frauenmilch ähnlich gemacht wird, bewirkt das lange Kochen im modificirten *Bertling*'schen Apparat eine erheblich grössere Verdaulichkeit des Kuhcaseïns.

Bei dieser Gelegenheit wollen wir mit wenigen Worten auf die geringschätzigen Urtheile Prof. Dr. *Biedert*'s (Salzburger Congress) zurückkommen; derselbe konnte zwischen Lactin- und gewöhnlicher Kuhmilch keine Gerinnungsunterschiede nachweisen. Wir nehmen an, *Biedert*'s Versuche beschränken sich auf die Ausfällung des Caseïns durch Essigsäure. Während hierbei ein wesentlicher Unterschied nicht zu Tage tritt, fallen bei Laabzusatz die Versuche zu Gunsten der Lactinmilch aus. Wir sind überzeugt, dass die Correction der Kuhmilch mit Lactin nicht gleichgültig und in Verbindung mit starkem Kochen derselben von entschiedenem Nutzen ist.

Für den Werth der Lactinmilch spricht auch die Thatsache, dass dieselbe sehr oft von Magenleidenden leicht ertragen, während gewöhnliche Kuhmilch nicht selten erbrochen wird. *Hürlimann.*

Die Aetiologie des Strabismus convergens hypermetropicus.

Ein Vorschlag, denselben im Entstehen zu bekämpfen. Von Dr. *Richard Ulrich* in Strassburg. Kassel, bei Th. Fischer, 1881. S. 70.

Nach einer längern, grösstentheils Bekanntes enthaltenden Einleitung empfiehlt Verf. zur Heilung von bei Kindern auftretendem, mit Hypermetropie verbundenem Strabismus convergens, ausser einer Convexbrille, täglich höchstens einmalige Einträufelungen einer $^1/_4$—$^1/_2$% Eserinlösung, von der Idee ausgehend, dass dadurch die willkürliche, zu hochgradige und dadurch zur Entstehung von Strabismus convergens häufig Anstoss gebende Accommodationsanspannung auf ein Minimum reducirt werde. Er stützt seine Empfehlungen auf nur 7 so behandelte Fälle, von welchen nur ein einziger einer auf Wieder- oder Nichtwiederkehr des Strabismus gerichteten Beobachtungsdauer von 9 Monaten unterworfen werden konnte. *Emmert.*

Phantom des Faserverlaufes im menschlichen Gehirn und Rückenmark.

Von *Chr. Aeby*, Professor in Bern. Unter der Aufsicht und nach dem Originalmodell vervielfältigt von F. Büchi, Optiker und Mechaniker in Bern.

Darwin sagte einmal zur Rechtfertigung eines von ihm gebrauchten Schema's über die Entstehung der Arten im Thier- und Pflanzenreich, man bedürfe dieses Hülfsmittels, um sich die Descendenz der verschiedenen Gattungen und Familien vorstellen zu können. Die ausserordentlich verwickelten und strahlenförmig auseinandergehenden Verwandtschaften, wodurch alle Glieder einer Gruppe mit einander verkettet werden, lassen sich nur mit einem solchen Hülfsmittel begreifen. Was er als treffenden Vergleich hinzufügt, um seine Aufstellung vor verächtlichem Tadel zu schützen, kann auch für das obige Phantom gelten. Wie es schwer ist, die Blutsverwandtschaft zwischen den zahlreichen Angehörigen einer alten Familie sogar mit Hülfe eines Stammbaumes zu zeigen, und es fast unmöglich ist, es ohne dieses Hülfsmittel zu thun, so begreift man die mannigfaltigen Schwierigkeiten, auf welche Naturforscher ohne die Hülfe einer bildlichen Skizze stossen, wenn sie den verschiedenen und complicirten Verlauf und das Ineinandergreifen der aus verschiedenen Bezirken kommenden Nervenfasern sich vergegenwärtigen wollen.

Für den Unterricht im weitesten Sinn des Wortes, ich verstehe darunter auch den

Selbstunterricht, sind solche Hülfsmittel höchst werthvoll, ja bisweilen unentbehrlich. Damit möchte ich gleichzeitig Prof. *Aeby*'s Verdienst um die Herstellung dieses Phantoms angedeutet haben. Für weitere Details verweise ich auf eine kurze erklärende Farbenskizze, welche unter dem Titel: Schema des Faserverlaufes im menschlichen Gehirn und Rückenmark von Prof. *Chr. Aeby* erschienen ist (Bern, Verlag der J. Dalp'schen Buchhandlung, Preis 2 Fr.), ebenso auf die stereoscopischen Ansichten des Phantoms von 3 Seiten (à 1 Fr.), welche von F. Büchi bezogen werden können.

Kollmann.

Compendium der Frauenkrankheiten.

Von Dr. *C. G. Rothe*, pract. Arzt in Altenburg. 50 Holzschnitte.
Leipzig, Ambr. Abel. 277 S.

„Ein Compendium gleicht einer Aehrenlese auf dem weiten Acker der Wissenschaft, nachdem die Schnitter und Garbenbinder ihr Werk gethan haben.“ In diesem Sinne, den der Verf. selbst seiner Arbeit beilegt, empfehlen wir das Compendium den practischen Aerzten bestens. Es bringt aus dem gesammten Gebiete der Gynæcologie (die Operationen inbegriffen, exclusive geburtshülfliche) das Neuere, Wissenswerthe, kritisch gut gesichtet und ganz vom Standpuncte des Practikers aus. Das Büchlein lässt sich bewältigen und ist zudem zum Nachschlagen bequem abgefasst und practisch gebunden. Die Abbildungen sind gut. Es ist ein gutes und handliches Compendium.

A. Baader.

Cantonale Correspondenzen.

IV. Versammlung befreundeter süddeutscher und schweizerischer Ohrenärzte in Basel, Sonntag den 24. September 1882.

Anwesend waren die Herren Prof. *Burckhardt-Merian* (Basel), Medicinalrath *Hedinger* (Stuttgart), Prof. *Kuhn* (Strassburg), Dr. *Steinbrügge* (Heidelberg), Dr. *Thiry* (Freiburg); ihr Ausbleiben hatten entschuldigt die Herren: Dr. *Bezold* (München), Dr. *G. Brunner* (Zürich), Dr. *Nager* (Luzern), Prof. *Moos* (Heidelberg), Prof. *v. Tröltsch* (Würzburg), Dr. *Oscar Wolf* (Frankfurt a. M.).

Als Gäste waren anwesend die Herren: Prof. *Hagenbach*, Prof. *Kollmann*, Prof. *Roth* aus Basel und Dr. *Siebenmann* aus Brugg.

Den Vorsitz führte Prof. *Burckhardt-Merian*, als Schriftführer fungirte Dr. *Thiry* und wurde die Veröffentlichung der Protocolle im Corr.-Bl. f. Schw. Aerzte beschlossen.

Die Versammlung wird Morgens 9 Uhr im anatomischen Hörsaale der Universität mit einer kurzen Begrüssung durch den Vorsitzenden eröffnet, und theilte derselbe mit, dass die auf Pfingsten angesetzt gewesene Versammlung, auf Wunsch mehrerer Herren, auf heute verschoben werden musste.

Für den Ort der nächsten Versammlung Mai 1883 werden Strassburg und Frankfurt a. M. in's Auge gefasst und beschlossen, der schriftlich vorliegenden Einladung von Dr. *Oscar Wolf* folgend, die nächste Versammlung in Frankfurt abzuhalten, wobei es Herrn Dr. *Wolf* vollständig überlassen wird, den Kreis der einzuladenden Collegen zu erweitern.

Die Versammlung beschliesst ferner, der im September 1883 in Freiburg i. B. stattfindenden Versammlung deutscher Naturforscher vollzählig beizuwohnen und nach Kräften dahin zu wirken, dass die ohrenärztliche Section derselben nicht nur zahlreich besucht, sondern auch wissenschaftlich gefördert werde.

Der Vorsitzende legt hierauf ein Exemplar der Corrosionsanatomie des Ohres vor, das vom Verfasser Dr. *Bezold* in München als werthvoller Gruss an die Versammlung war eingesandt worden. Wird beschlossen, diese freundliche Aufmerksamkeit per Telegramm zu verdanken.

Dr. *Steinbrügge* berichtet über seine Versuche die Decalcinirung des Felsenbeines betreffend. Keine der angewendeten Methoden lieferte ein unbedingt sicheres und gutes Resultat, weder die Anwendung eines Gemisches von Chromsäure und Salpetersäure (*Kuhn-Waldeyer*'sche Methode), noch Salpetersäure von 1,02 spec. Gewicht, noch Salzsäure oder Salpetersäure mit Alcohol $\overline{aa}$; immer bleibt ein unerweichter Knochenkern

in den hintern Partien der Labyrinthcapsel zurück, der das Schneiden unmöglich macht, oder die Präparate werden durch stärkere Säuren zerstört. Die relativ besten Erfolge gewährte die *Kuhn-Waldeyer*'sche Methode mit nachfolgender Anwendung von 95gradigem Alcohol mit 10% officineller Salpetersäure. Es gelang einige Präparate zu erhalten, welche mit dem Rasirmesser einen glatten Schnitt durch die ganze Dicke des Knochens bei vorzüglicher Erhaltung der Weichtheile lieferten. Aber auch diese Methode hat den Nachtheil, dass der Zeitpunct der vollständigen Decalcinirung nur durch Explorativpunctionen mit einer Nadel, bei welchen Täuschungen möglich sind, erkannt werden kann.

Der Vortragende demonstrirt hierauf einige nach dieser Methode hergestellte macroscopische Präparate:

1) Einen senkrecht gegen die Längsachse der Pyramide und Mitte der Stapesplatte geführten Schnitt, an welchem namentlich der grosse vor dem utriculus befindliche perilymphatische Raum und die Theilung des Aquæductus vestibuli in zwei Schenkel erkennbar ist.

2) Einen parallel mit der Felsenbeinachse geführten Schnitt mit sacculus und utriculus.

3) Ein Präparat zur Veranschaulichung der fast horizontalen Lage des runden Fensters.

4) Ein anderes, an welchem die crista der Ampulle des horizontalen Bogenganges senkrecht durchschnitten, als papillenförmiger Vorsprung erscheint.

Endlich einige microscopische Präparate, welche die Schenkel des Aquæductus vestibuli, den Aquæductus cochleæ und das Verhalten des sacculus betreffen.

Prof. *Burckhardt-Merian* spricht hierauf über Varietäten im Sinus transversus. An der Hand von zahlreichen Präparaten beleuchtet er die durch *Morgagni* bereits beschriebenen, speciell durch *Rüdinger* genauer studirten zwei getrennten Abflussbahnen des Blutes aus der Schädelhöhle, er betont die eminente Wichtigkeit einer genauen Kenntniss dieser Varietäten, die in normalen Breiten so grosse Schwankungen aufweisen.

Anschliessend demonstrirt der Vortragende ein Präparat, in dem durch eine Knochenkante, oberhalb des bulbus jugularis, der venöse Rückfluss in einer Weise gestaut worden war, dass eine bohnengrosse Ausbuchtung des Knochen-Sulcus an der äussern Fläche des proc. mast. sich gebildet hatte, so dass die blasig hervorstehende lamina vitrea die einzige Knochenumhüllung der betr. Partie des Sinus transversus darstellte.

Dr. *Siebenmann* spricht über seine mit verschiedenen Aspergillusarten auf Gelatine vorgenommenen Züchtungen, nach welchen er zu folgenden Sätzen kommt:

Asp. fumigatus, niger und flavus sind von den höchst ähnlichen Species glaucus und repens unbedingt weit zu trennen, da eine Umzüchtung der einen Form in die andere nie gelingt und die Letzteren andere Lebensbedingungen haben als die Ersteren. Diese finden sich, nicht gerade häufig, in kranken Ohren und bedürfen einer mindestens 30° hohen Temperatur nebst ganz bestimmter stickstoffreicher Nahrung, die nicht in Fäulniss übergegangen sein darf, wenn sie überhaupt sich entwickeln sollen, während Asp. glaucus und repens — jetzt nach *de Bary* Eurotium — niedere Temperaturen unter 15° lieben und einen zuckerreichen, pflanzensäurehaltigen Nährboden bevorzugen. Asp. repens ist im Ohre nur auf altem Cerumen, ohne weitere Erkrankung, gefunden worden. Den richtigen Keimboden im Ohre liefert eine excoriirte Haut des Gehörganges, welche nur wenig und halbflüssiges Secret absondert und dieses Secret ist die alleinige Nahrung des Pilzes und nicht die Zellen der Haut. In die Tiefe der Haut wächst der Pilz nicht, er wird höchstens von den emporsprossenden Zellen des Rete Malpighi umwachsen.

Der unter den Heilmitteln der Pilzkrankheit des Ohres mit Recht so hoch geschätzte Alcohol vermag die Keimkraft der Sporen, selbst nach mehrstündiger Einwirkung, noch nicht aufzuheben, seine Heilkraft wird daher hier durch günstige Wirkung auf den Nährboden und Myzelium des Pilzes zu erklären sein, welche ein weiteres Vegetiren und Keimen desselben nicht mehr gestattet. Die Keimkraft der Sporen wird ferner nicht aufgehoben durch blos mehrstündige Einwirkung von 4% Salicylspiritus, Jodoform, Naphthalin, 1—2% Carbol, 1‰ Sublimatlösungen. Oel ist der Pilzentwicklung im Ohrcanale günstig.

Prof. *Burckhardt-Merian* demonstrirt hierauf seinen neuen Hörmesser, welcher darin besteht, dass an dem Hörmesser von *Politzer* zum Heben des Hämmerchens nicht

mehr der Finger, sondern die Electricität benützt wird. Ein kleines *Trouvé*-Element (8 cm. lang und 5 cm. breit), das in der Tasche getragen wird, steht in Verbindung mit 2 Drahtspiralen, die zu beiden Seiten des Hörmessers, der in ein Knopfloch des Untersuchenden eingehängt wird, fixirt sind. Am hintern Theil des Hämmerchens befindet sich eine kleine flache quergestellte Eisenplatte, ein Anker. Wenn nun der Strom, durch Fingerdruck auf eine kleine Klammer, geschlossen wird, so wird das weiche Eisen in den beiden Drahtspiralen magnetisch und der Hammer ist sofort in die Höhe gezogen und mit seinem hintern Theile an diesem Electromagneten fixirt; sobald dann durch Oeffnen der kleinen Klammer der Strom unterbrochen wird, fällt sofort der Hammer auf das Klangstäbchen herunter.

Der Vortragende beleuchtet hierauf die Vortheile und Nachtheile der bisher angewandten Hörmesser und vindicirt dem seinen folgende Vorzüge:

1) Physicalische absolute Gleichheit des Tones, indem der Finger dabei entbehrlich gemacht wird, und der Hammer immer von der gleichen Höhe herabfällt.

2) Da das Schliessen und Oeffnen des Stromes in der geschlossenen Hand des Untersuchenden sich auf die leichteste Weise vollzieht, so kann es ohne jegliche Ermüdung und ohne dass der Patient davon etwas wahrnimmt, in beliebigen Unterbrechungen der Anforderung an einen Hörmesser genügen.

In der Discussion wird betont, dass wenn der Hörmesser immer mit vollkommen horizontal stehendem Klangstabe (resp. Hämmerchen) getragen werde, welche Bedingung leicht sich noch exacter am Instrument anbringen liesse, dasselbe dann eine absolute Gleichheit des Tones in der That unter allen Umständen ergeben müsse.

Der Vortragende erklärt sich weit entfernt, diesen Hörmesser, dem eine gewisse Complicirtheit nicht abgesprochen werden soll, für den Hörmesser der Zukunft zu erklären; er wollte nur den Beweis leisten, dass der so practische Hörmesser von *Politzer* durch diese Modification (deren Ausführung er dem talentvollen Civilingenieur *Zehnder* in Basel verdanke) auf eine Exactheit gebracht werden konnte, die physicalisch unanfechtbar sein dürfte.

Prof. *Burckhardt-Merian* zeigt ferner einige Schemata zum Einzeichnen von Befunden am Gehörorgan. Dieselben sollen dazu dienen, den Studirenden, Collegen bei Consultationen und sich selbst die Orientirung und Fixirung des Gesehenen zu erleichtern.

Es wird allseitig dieses Hülfsmittel für den Unterricht freudig begrüsst und der Vortragende eingeladen, einen Verleger zu veranlassen, diese Schemata den Collegen käuflich zugänglich zu machen.

Derselbe spricht sodann über Hörrohre und zeigte eine Sammlung solcher Instrumente; er demonstrirt hierauf ein von ihm construirtes, das durch Nachahmung der menschlichen Ohrmuschel und Anbringen einer den Tragus repräsentirenden Platte den grossen Vortheil der Deutlichkeit der gehörten Consonanten und somit der grösseren Leichtigkeit der Perception der Rede für stark Schwerhörige darbieten soll. (Siehe Näheres im Lehrbuch von *Politzer* Bd. II, S. 873.)

Prof. *Kuhn* demonstrirt ein Fibroma molluscum, das aus 12 rundlichen und eiförmigen und durch dünne Stiele verbundenen Tumoren besteht. Es füllte dieses einen Gehörgang und Trommelhöhle vollständig aus und erregte hochgradige Schwerhörigkeit. Die Abtragung von der Ansatzstelle in der Nähe des runden Fensters mit der kalten Schlinge gelang in toto; eine folgende beträchtliche Blutung machte Tamponade nothwendig; der Rest des Stieles wurde später galvanocaustisch zerstört.

Prof. *Burckhardt-Merian* demonstrirt hierauf einige Fälle von Necrose des inneren Ohres, wobei unter anderen ein Präparat besonderes Interesse darbot, das die sämmtlichen halbcirkelförmigen Canäle, den canalis Faloppiæ nebst annulus tymp. und das ganze antrum mastoid. darstellte. Dasselbe war einem ambulatorisch behandelten Patienten in einigen Sitzungen aus dem Meatus successive heraus geholt worden; Schwindel und Cerebralsymptome waren nie aufgetreten, trotzdem ein Stückchen der Lamina vitrea am Präparat deutlich sichtbar ist.

Ferner zeigte der Vortragende das in der Zeitschrift für Ohrenheilkunde XI, S. 226 beschriebene Präparat einer vollkommenen Ankylose der Gehörknöchelchenkette, Verkleinerung des runden Fensters etc. etc. bei fehlender Taubheit.

Vom Herrn Vorsitzenden waren im Versammlungslocale und in dessen Arbeitszimmer auf der Anatomie eine grosse Zahl der schönsten und fein ausgearbeiteten Präparate aus der normalen und pathologischen Anatomie des Ohres und betr. Zeichnungen ausgestellt; hervorzuheben ist ein Schläfenbein, das in einer grossen Höhle das ganze necrotische Labyrinth enthält.

Herr *Kollmann*, Professor der Anatomie, zeigte hierauf unter Lupenvergrösserung wirklich prächtige Injectionspräparate des Trommelfelles und des Labyrinthes.

Den Schluss der Mittheilungen des Vorsitzenden bildete eine Demonstration einer grossen Serie von Sagittalschnitten durch ein entkalktes Schläfenbein mit dem Sciopticon an die Wand projicirt. Besonders instructiv waren die betr. Tubenschnitte mit den Ansatzpuncten der Tubenmuskeln.

Ein fröhliches Mittagessen beim Vorsitzenden, dem sich eine, theils im Mondschein ausgeführte, höchst gelungene Partie an den romantischen Säckingersee anschloss, bildete den Schluss des Tages.

Freiburg (Baden). Dr. *Thiry*.

Wochenbericht.

Schweiz.

— **„Wegweiser für hülfesuchende Kranke und Gebrechliche in der gesammten Schweiz.** Im Auftrage und unter Mitarbeit der Aerzte-Commission herausgegeben von Prof. Dr. *Alb. Burckhardt-Merian* in Basel" (Basel, Benno Schwabe, Verlagsbuchh., 1883, 248 S.) heisst der Titel des nützlichen Buches, dessen Dedication „Dem Schweizervolke gewidmet" kaum je ernster und uneigennütziger zur Ausführung gekommen ist. Kaum hätte die Aerztecommission edler und treffender auf das Misstrauensvotum antworten können, welches unser Volk seinen Aerzten durch die Art der Verwerfung des Seuchengesetzes — bewusst oder unbeabsichtigt — ertheilt hat!

Wir wollen, um unsern Collegen einen Begriff zu geben von der Umsicht der Anlage und der Mühseligkeit der Ausführung dieser scheinbar so einfachen Leistung, die „Einleitung" abdrucken:

„Der Wegweiser, den die Schweizer Aerzte hiemit dem Publicum übergeben, soll Gemeindebehörden und Privaten ein practisches Nachschlagebuch sein zur zweckentsprechenden Versorgung und Unterstützung von Kranken und Gebrechlichen im Gesammtgebiete der Schweiz; er soll daneben Zeugniss ablegen von Allem, was auf diesem Gebiete humaner Bestrebungen in den einzelnen Cantonen geleistet worden ist.

Der Plan der Herausgabe dieses Büchleins, wenn auch schon längere Zeit als ein höchst wünschbarer besprochen, wurde doch wesentlich gefördert durch Kenntnissnahme einer ähnlichen Zusammenstellung, welche der hervorragende, leider so früh verstorbene Minister *v. Sick* unter dem Titel: „Die Wohlthätigkeitsanstalten im Königreich Württemberg, ein Wegweiser über die, den Hülfsbedürftigen aus dem ganzen Lande zugänglichen Einrichtungen", im Jahre 1879 herausgegeben hat.

Wir Aerzte sind beinahe täglich in der Lage, das Fehlen eines derartigen Wegweisers sehr zu bedauern und, wenn es sich z. B. darum handelt, Kranke, Taubstumme, Geisteskranke und dergleichen Hülfesuchende in eine passende Anstalt unterzubringen, zu vielen Schreibereien genöthigt, um die gewünschten Daten zur Hand zu bekommen. Soll ein derartiges Nachschlagebuch seinen Zweck aber erreichen, so muss es so vollständig wie nur möglich das zusammenfassen, was in seinen Rahmen gehört, und das war die grosse Schwierigkeit, welche die Herausgabe so sehr verzögert hat.

Was zuerst den Rahmen betrifft, so schien es passend, sich auf das zu beschränken, was der Begriff Krankenpflege — im weitesten Sinne aufgefasst — umschliesst, wobei natürlich auch Asyle für Altersschwache als mit in den Kreis der zusammenzustellenden Anstalten gehörend gerechnet wurden. Grundsätzlich weggelassen wurden: Krippen, Waisenhäuser, Volksküchen, Cur- und Badeanstalten im gewöhnlichen Sinne, Krankencassen, Armenhäuser ohne spec. Bestimmungen für Kranke. Bei den mannigfachen Beziehungen zwischen Armenpflege und Krankenpflege war die Entscheidung oft sehr



schwierig, und wir bitten wegen etwa vorgekommener Verstösse beim Aufrechterhalten dieses Princips den geneigten Leser um Entschuldigung.

Nachdem diese Vorfragen erledigt waren, beschloss den 26. October 1880 die Aerztecommission zur Ausführung des Planes zu schreiten und übertrug hierauf ihrem Schriftführer Prof. *Alb. Burckhardt-Merian* in Basel die Herausgabe dieses „Wegweisers“; sie begann nun zuerst damit, ein Fragenschema zu entwerfen, welches in möglichst präciser Form die nöthigen Daten zusammenfassen sollte. Als dieses festgestellt war, wurde den 31. Januar 1881 Herr Bundesrath *Schenk* angefragt, ob es nicht möglich wäre, im Interesse einer exacten Erhebung durch seine Vermittlung die Fragebogen den Cantonsregierungen zustellen zu lassen, welche Anfrage schon den 7. Februar durch eine bejahende Zusage, welche das freundlichste Entgegenkommen uns zusicherte, beantwortet wurde. Für diese werthvolle Unterstützung sprechen wir Herrn Bundesrath *Schenk* hier nochmals unsern besten Dank aus. Die Fragebogen wurden hierauf noch Herrn *Kummer*, Director des eidg. statistischen Bureau, vorgelegt, der einige kleinere Modificationen vorschlug, und wurden dieselben sodann durch die Herren weil. Dr. *Ph. de la Harpe* in Lausanne und Ständerath Dr. *Reali* in Lugano mit den betr. Begleitschreiben an die Cantonsregierungen in's Französische und Italienische übersetzt. Anfangs Juni sandte das eidg. statistische Bureau 1450 Fragebogen (1000 deutsche, 350 französische und 100 italienische) an die verschiedenen Cantonsregierungen ab.

Das einlaufende Material wurde hierauf durch die Unterzeichnenden einer genauen Durchsicht unterzogen, Ungenauigkeiten und Lücken wurden durch directe Anfragen nach Möglichkeit corrigirt, vergessene Anstalten beigefügt; eine Arbeit, die auffallender Weise eine weit grössere Mühe verursachte, als wir im Hinblick darauf, dass die cantonalen regierungsräthlichen Departements die ausgefüllten Fragebogen zusammengestellt und abgeschickt hatten, glaubten annehmen zu dürfen.

Der Wunsch, den Wegweiser in einer Ausgabe für die drei Landessprachen einzurichten, bewog uns, die Antworten in der Sprache abzudrucken, in welcher dieselben eingelangt waren und besonders in der Anlage der Inhaltsverzeichnisse den betreffenden sprachlichen Verhältnissen möglichst gerecht zu werden. Schwieriger gestaltete sich die Frage der Reihenfolge der Anstalten, die schliesslich aus practischen Gründen, im Interesse eines erleichterten Nachschlagens, den Plan veranlasste, erst die cantonalen Anstalten, dann diejenigen der Cantonshauptstadt und schliesslich die übrigen alphabetisch geordnet nach den Orten, wo dieselben sich befinden, zusammenzustellen.

Mitte December 1881 konnten die ersten Correcturbogen verschickt werden, und es wurden dieselben in jedem Cantone noch 3—4 Persönlichkeiten unterbreitet, von denen man annehmen konnte, dass dieselben in der Lage seien, mit vollkommener Sachkenntniss die Richtigkeit des Textes zu controliren.

Auf diesem etwas schwerfälligen Wege bestrebten wir uns, Alles zu thun, was in unserer Macht war, den vorliegenden Wegweiser so vollkommen und somit so zuverlässig wie nur immer möglich herzustellen. Wir sind uns zwar gar wohl bewusst, dass trotzdem Fehler und Lücken nicht ganz vermieden werden konnten, aber der Einsichtige, dem die Schwierigkeiten eines derartigen Versuches nicht unbekannt sind, wird uns die Sorgfalt und Umsicht nicht absprechen können, mit der wir unser Möglichstes thaten, dieselben zu umgehen.

Wenn es möglich war, ein derartiges Werk durchzusetzen, so gelang das nur, weil die freundliche Unterstützung von Collegen und Freunden im breitesten Maasse uns zur Verfügung stand, und wir danken ihnen hiemit auf's herzlichste, ihnen allen, die keine Zeitopfer gescheut haben, uns mitzuhelfen, speciell Herrn Ständerath Dr. *Reali*, der alle Uebersetzungen in's Italienische mit bekannter Bereitwilligkeit jederzeit übernahm, Herrn Dr. *Dufour* in Lausanne, der einen Theil der Arbeit des leider zu früh uns entrissenen Dr. *Ph. de la Harpe* in Lausanne in liebenswürdiger Weise besorgt hat. Am meisten aber sind wir zu Dank verpflichtet Herrn Ambulancecommissär Dr. *Franz LaRoche* in Basel, dessen ausgezeichnete Mitarbeit uns in hervorragender Weise bei der Herausgabe des vorliegenden Wegweisers unterstützt hat, und der jederzeit bereitwilligst die zeitraubendsten Arbeiten übernommen hat.

So möge denn dieses Büchlein für Kranke und Gebrechliche ein Wegweiser und treuer Führer sein — es möge darauf hinzeigen, in welch' glänzender Weise einzelne Can-

tone die humanen Aufgaben erfasst und gelöst haben, welche die Sorge für die, der Selbsthülfe beraubten, Kranken ihnen stellt; es möge aber auch, wenn gleich nur indirect, so doch nicht minder deutlich, darauf hinweisen, wie anderen Orts noch so Vieles auf diesem Gebiete fehlt, was in Bälde nachzuholen uns Pflicht aller gutgesinnten Bürger zu sein scheint.

Zu diesem Wetteifer hiemit einen kleinen Anstoss gegeben zu haben, wird reichlichst die Mühe lohnen, welche die Unterzeichneten diesem Wegweiser geopfert haben.

Die Schweizer Aerztecommission."

Ich habe wenig mehr beizufügen. Das Buch bringt uns zuerst ein Verzeichniss der Anstalten nach Cantonen, eine einfache Aufzählung der Namen der einzelnen Institute des betreffenden Cantones (p. XIII—XX), sodann aber (S. 1—228), abermals cantonsweise (beide Male alphabetisch) geordnet, eine Uebersicht der einzelnen Anstalten: Name, Lage, Bestimmung der Anstalt, Bettenzahl, Charakter (cantonal, Gemeinde-Institut, privat etc.), Direction, Aerzte, Aufnahmsberechtigung und -bedingungen, Tageskosten, Anmeldestellen und -tage. — Wie man sieht, ist nichts vergessen: wir erhalten mühelos einen Einblick in das innere Wesen und den Mechanismus der Anstalt (Spital, Greisenasyl, Versorgungshaus etc.), für die wir uns interessiren und finden leicht den Ort, der für unsern Petenten passt, da zwei Register — I. alphabetisches Verzeichniss der Anstalten nach dem Orte und II. nach ihrer Bestimmung (Absonderungshäuser, Altersasyle, Armenbäder etc.), sowie die cantonalen Uebersichten am Anfange des Buches die Orientirung und das Nachschlagen sehr erleichtern.

Wir sehen in dem „Wegweiser" aber auch einen Fingerzeig nach anderer Seite hin: er gibt uns eine Uebersicht der Leistungen der Cantone auf dem Gebiete der staatlichen und privaten Fürsorge für die Kranken und Gebrechlichen und lehrt uns, wem wir nacheifern, welche Lücken und wo wir sie auszufüllen haben. Das schätzen wir ebenfalls hoch.

Das Buch, dessen Herausgabe einem wirklichen Bedürfnisse entsprang und demselben ohne alle Vorarbeiten in bester Weise genügt, ist für Behörden und Privatpersonen gleich werthvoll und verdient die weiteste Verbreitung.

Wir sprechen der Aerztecommission und speciell der Umsicht und Ausdauer des Herausgebers unsere Anerkennung und unsern Dank für das zweckmässige und wohlgelungene Werk aus.

Die buchhändlerische Ausstattung ist hübsch und practisch, der Preis (Fr. 2. 50) bescheiden. *A. Baader.*

Basel. Secundararzt am Kinderspital. Das Comité des Kinderspitals hat in seiner letzten Sitzung Herrn Dr. *Paul Barth* aus Basel zum Secundararzt, speciell für die chirurgische Abtheilung, ernannt.

Neuchâtel. Depuis longtemps déjà les journaux suisses et étrangers parlent avec horreur de l'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit actuellement dans notre ville. — Il ne serait peut-être pas hors de propos, de renseigner en quelques mots les lecteurs du Corr.-Bl. exactement de ce qui se passe; plus tard lorsque l'enquête sera finie, un confrère de Neuchâtel donnera sans doute, dans un article de fonds, des détails plus circonstanciés desquels on pourra tirer des conclusions scientifiques utiles.

Au milieu de Septembre les médecins, surtout ceux des hôpitaux, ont remarqué une faible recrudescence des cas de typhus abdominal endémique chez nous comme partout ailleurs; au commencement d'Octobre, l'augmentation des cas est devenue telle que le côté épidémique de la maladie dut être bien reconnu. En six semaines il n'y eut dans la seule ville de Neuchâtel, pas moins de 600 cas répandus dans tous les quartiers, et toutes les classes de la société.

Au début plus d'un confrère voulut nier le caractère typhoïque de l'affection, mais à mesure que les semaines s'écoulaient, que les symptômes s'accentuaient davantage, il a bien fallu à tout le monde se rendre à l'évidence.

Mais hâtons-nous de le dire, l'immense majorité des personnes atteintes n'ont présenté qu'un état gastrique fébrile de courte durée, sans gravité aucune, les symptômes typhoïques disparaissaient, pour ainsi dire, derrière ceux qu'on est convenus, constituer la fièvre muqueuse, la gastrite aiguë etc. Tous ces cas ont eu cependant de particulier: une incroyable tendance à la récidive, même avec les précautions diététiques les plus sévères.

Si l'épidémie, dans son ensemble, a le caractère le plus bénin, il faut convenir qu'il y a eu quelques décès: les autorités en ont enregistré 7, c'est à dire un peu plus que l' 1%; c'est une moyenne si faible qu'on ne peut guère souhaiter mieux.

Ceci pour rassurer tout ceux qui pour une raison ou l'autre auraient intérêt à être renseignés.

Je ne parlerai pas encore des causes de l'épidémie; il serait trop long d'en donner le détail ici, qu'il me suffise de dire d'abord que le corps médical à l'unanimité reconnaît la même étiologie, et ensuite, que les autorités stimulées par lui, seront obligées d'intervenir assez énergiquement pour empêcher le retour de pareilles calamités. Quand tous les documents seront réunis et achevés, les lecteurs de ce journal seront mis au courant et des causes et de leurs effets [1]) de l'épidémie que nous traversons.

7. Novembre 1882. Dr. *F. Borel.*

— **Hôpital du Val de Travers in Couvet.** Der „Extrait des rapports du Comité de l'hôpital du Val de Travers" enthält nur Weniges über die ärztliche Thätigkeit. Aber es freut uns immer, ein Lebenszeichen dieser so wohlthätigen, ganz durch die freiwilligen Leistungen von Privaten und Gemeinden betriebenen, kleinern Krankenhäuser zu sehen. Der Spitalarzt, Dr. *Lerch* in Couvet, hatte im Jahre 1881 145 Kranke (64 intern, 68 chirurgisch Erkrankte, 13 bleiben) zu behandeln, die im Tag nur je 2 Fr. kosteten. 10 Todesfälle. Wir wünschen dem gemeinnützigen Institute auch fernerhin bestes Gedeihen.

Tessin. Società medica della Svizzera italiana. Faustum, felix fortunatumque sit!

Unter obigem Titel hat sich am 2. November in Bellinzona der erste cantonale tessinische ärztliche Verein gegründet. Durch die Initiative des ärztlichen Vereins der Bezirke Locarno und Vallemaggia vereinigten sich an diesem Tage um 11 Uhr Vormittags die tessinischen Aerzte, etwa dreissig nebst einem Dutzend von Beipflichtungen von Abwesenden, im Albergo del Cervo.

Die Versammlung wurde vom Decan, Herrn Dr. *Pellanda*, eröffnet und präsidirt. Dr. *Reali* beantragte und begründete die Nothwendigkeit, dass sich sofort der ärztliche Verein der italienischen Schweiz als constituirt betrachte, was mit einstimmigem Enthusiasmus angenommen wurde. Dr. *Mariotti* stellte hierauf den Antrag, dem sofort beigepflichtet wurde, sich an die cantonalen Legislativ- und Executivbehörden zu wenden, um die Stellung der medici condotti (Kreisärzte) zu verbessern. Dr. *Casella* hob hervor, dass die Behörden wiederholt schon ihren guten Willen kundgegeben haben, die Stellung der Aerzte sowohl als auch die des cantonalen Sanitätsdienstes zu heben, aber dass die Initiative den Aerzten selbst zukäme. Nach einer sehr belebten und detaillirten Discussion über die verschiedenen abzuändernden Verhältnisse, an welcher sich die Herren DDr. *Bonzanigo, Scazziga, Casella, Leoni, Pongelli, Mariotti, Pellanda, Vassalli, Bianchi* und *Reali* betheiligten, wurde eine Commission ernannt, bestehend aus den Herren DDr. *Pellanda, Scazziga, Casella, Leoni* und *Pedrazzini*, mit der Aufgabe, das diesbezügliche Memorial auszuarbeiten und dem leitenden Ausschusse vorzulegen. Die Gesellschaft schritt dann zur Ernennung des leitenden Ausschusses. Derselbe wurde unter geheimer Abstimmung bestellt aus den Herren DDr. *Pellanda*, Präsident, *Reali*, Vicepräsident, *Casella, Leoni* und *Pedrazzini*, letzterer gleichzeitig als Schriftführer, und mit der Redaction der Vereinsstatuten betraut.

Dr. *Corecco* schlug ein Dankesvotum vor an den ärztlichen Verein der Bezirke Locarno und Vallemaggia, und Dr. *Reali* macht den Vorschlag, telegraphisch die Gründung des Vereins den ärztlichen Gesellschaften der deutschen und französischen Schweiz mitzutheilen. Im Verlauf des Nachmittags antwortete von Basel aus Herr Dr. *Baader* mit herzlichem Brudergrusse.

Um $1\frac{1}{2}$ Uhr Nachmittags sassen die Tessiner Collegen zum ersten Male beisammen. Der Herr Präsident brachte seinen Toast der Gründung des Vereins, welcher die Devise trägt: Wissenschaft — Humanität — Aufopferung, indem er den Wunsch aussprach, dass niemals ein politisches Motiv die gute Harmonie der tessinischen ärztlichen Familie verdüstern und stören möge. Herr Dr. *Leoni* trank auf das Wohl der tessinischen Behörden, in der Ueberzeugung, dass dieselben unsere Anstrengungen unterstützen werden.

Aber bald darauf begannen leider die Abschiedsgrüsse und die Versammlung ging

[1]) Nous y comptons. La rédaction.

mit dem Bewusstsein auseinander, einen schönen Tag verlebt zu haben und voll Hoffnung für die Zukunft. Möge das günstige Resultat dieses ersten tessinischen Aerztetages die Entmuthigten mit frischem Muthe erfüllen und die Nachlässigen zu neuem Leben aufwecken, so dass der nächste alle Tessiner Aerzte vereinigt finde, um das vorgesetzte Ideal ihrer wissenschaftlichen, moralischen und materiellen Wiedergeburt erreichen zu können.

Lugano, 6. November 1882. Dr. *Gio. Reali.*

Uri. Zu Andermatt. Protest. Mit der Kritik des Herrn Collegen Dr. *A. Baader* über die Brochure des Herrn Seb. Christen, Andermatt (vide Corr.-Bl. p. 687) ist Unterzeichneter vollständig einverstanden. Die graphische Darstellung, welche wirklich keine Ansprüche auf Vollkommenheit macht, da sie für andere Zwecke bearbeitet wurde, ist ein richtiger Auszug aus den eidg. Tabellen vom Jahre 1868/69. Dass derselbe auf einer 10jährigen Beobachtungsbasis beruht, ist aber rein willkürliche Erfindung des Verfassers der Brochure und gegen solche unredliche Angaben muss ich öffentlich protestiren.

Dagegen habe ich eine 10jährige Zusammenstellung der meteorologischen Verhältnisse von Davos und Andermatt dem Verfasser zur Verfügung gestellt, welche aber keine Verwerthung fand oder nur bruchstückweise benutzt wurde. *Fassbind.*

Zürich. Fleischvergiftungen. ..... Ende Juni erkrankte in Oberlangenhard-Zell eine Familie von 4 Personen — Mutter und 3 Kinder von 2, 5 und 6 Jahren — und in Rykon-Zell eine zweite von 4 Personen — Vater, Mutter und 2 Töchter von 10 und 12 Jahren — unter den Erscheinungen heftiger Magen- und Darmentzündung. Alle lagen 2—3 Wochen krank, nur das jüngste Kind der ersten Familie ist am achten Tage unter Convulsionen gestorben. Die amtliche Untersuchung hat mit Sicherheit herausgestellt, dass bei beiden Familien Ursache der Erkrankung der Genuss von Fleisch war, welches von einem offenbar an Krankheit zu Grunde gegangenen Kalbe herrührte. Von diesem Fleische ist unter der Hand an jene Haushaltungen verkauft worden.

Wir wissen allmälig im Canton Zürich sehr viel von solchen Kalbfleischvergiftungen zu erzählen, mehr als irgend anderswo. Voran die grosse Epidemie in Andelfingen von 1839, dann Gruppenerkrankungen von 6 Familien mit 16 Personen in Fluntern im Cholerajahre 1867, hierauf die grosse Epidemie vom Klotener Sängerfeste im Jahre 1878 und seitdem mehrere kleinere Epidemien in Würenlos, in Birmensdorf (letztere 2 Orte im Aargau) und nun die jüngsten Fälle in Zell. Wenn wir diese letzten mit den übrigen vergleichen, so fallen die Krankheitserscheinungen, welche sich in stärkerem oder minderem Grade bei allen Erkrankten äusserten, mit denjenigen zusammen, welche bei den Erkrankungen in Fluntern beobachtet worden sind. Es sind vorzugsweise die Symptome schwerer Magen-Darmentzündung. Denen gegenüber stehen alle übrigen grössern und kleinern der genannten Epidemien, welche mehr oder weniger das reine Bild eines Abdominaltyphus boten. Der Genuss von verdorbenem Kalbfleisch macht also jedenfalls nicht immer typhuskrank, erzeugt aber auch nicht immer nur entzündlichen Magendarmcatarrh; allein noch immer bleibt es ein Räthsel, in welchem Falle derselbe die eine, in welchem die andere Erkrankung zur Folge hat. Am nächsten liegt die Vermuthung, dass ebenso verschiedene Krankheiten dem Tode der geschlachteten oder abgestandenen Thiere vorausgegangen sind. Bei jenen Fällen in Fluntern hat Prof. *Bollinger* die Vermuthung ausgesprochen, dass das betreffende Thier an Nabelvenenentzündung und Blutzersetzung zu Grunde gegangen sei und in der Epidemie von Kloten wurde angenommen, dass die vorausgegangene Typhuserkrankung des Kalbes, von welchem das Fleisch rührte, den Typhus im Menschen erzeugt habe. Immerhin sind die Acten über diese Frage noch nicht abgeschlossen; allein eine Gelegenheit, wie sie der Canton Zürich zu Untersuchungen hierüber bietet, ist in der That so günstig, dass wir nicht unterlassen wollten, darauf hinzuweisen und die Differenz der beiden Erkrankungsformen, von anscheinend denselben ursächlichen Verhältnissen herrührend, auch hier zu betonen.

Und nun der Ausgang der gerichtlichen Untersuchung im neuesten Falle!

Es war für die zur Verantwortung Gezogenen nicht ungünstiger als in allen früheren, als bei der Fleischvergiftung in Fluntern, Kloten und anderwärts. Der Besitzer des kranken Kalbes wie der Verkäufer des Fleisches kamen der Eine mit einer Geldbusse, der Andere mit 2 Monaten Gefängniss davon; nur wenig fehlte, so wären sie gänzlich

freigesprochen worden. Unser Souverän lässt sich in neuerer Zeit auf Kosten von Gesundheit und Leben in der That sehr viel gefallen. Von einigen Stürmern und Strebern verführt, gibt er den Impfschutz leichten Herzens preis, und wenn er zu Gericht sitzen soll über Leute, die ihm krepirte Kälber als Speise vorsetzen und dadurch Menschenleben zu Grunde richten, lässt er sie mitleidig laufen, damit sie, der gelinden Strafe spottend, ihr verhängnissvolles Treiben von Neuem beginnen. Möge er diese Langmuth nie büssen müssen! (Bl. f. Gesundheitspfl.)

Ausland.

Deutschland. Schreibekrampf. Die von Prof. *von Nussbaum* an vielen mit Schreibekrampf behafteten Patienten erfolgreich angewendete Behandlungsmethode besteht in Folgendem: Er lässt ein querovales, 3 cm. breites „Bracelet“ (Bandschlinge) von Hartgummi über die zusammengelegten Finger bei flach ausgestreckter Hand legen, so dass es den Daumen nur an seiner Endphalanx, den zweiten, dritten, vierten Finger dagegen in der Gegend der Grundphalangen bedeckt, während der fünfte Finger aussen bleibt. Auf der Rückenfläche dieses Bracelets wird der Stiel einer Feder so eingeschraubt, dass die Feder das Schreibpapier bequem berührt. (Eine beigegebene photographische Abbildung erläutert Form und Anwendung der Schreibevorrichtung.) Diese Schreibevorrichtung lässt sich nur bei stark ausgestreckter Hand halten. Hierin sieht *von Nussbaum* das wesentlichste Heilmoment. Es sollen hierdurch wesentlich die Extensoren der Finger und die Abductoren des Daumens in Anspruch genommen, die Flexoren und der Opponens und Adductor pollicis ausser Thätigkeit gesetzt werden. Denn nach *von Nussbaum*'s Auffassung ist beim Schreibekrampf stets eine „spastische Contraction der Flexoren und Adductoren neben einem Schwächezustande der Extensoren und Abductoren“ vorhanden. Die überraschenden Erfolge, welche *von Nussbaum* in auffallend kurzer Zeit mit dieser Methode erzielte, fordern jedoch um so mehr zur Nachahmung des Verfahrens auf, als es dem Patienten ermöglicht, gleich von Anbeginn der Behandlung an wieder zu schreiben. Während gewöhnlich das Schreiben ausgesetzt werden muss, ist bei *von Nussbaum*'s Methode im Gegentheil das Schreiben die nothwendige Bedingung zur Heilung.

In einigen Schlusssätzen hebt *von Nussbaum* hervor, dass „jeder, der einen wirklichen Schreibekrampf hatte und seinen Namen nicht mehr zusammenkritzeln, geschweige denn zwei Zeilen schreiben konnte, mit seinem Bracelet zu seiner grössten Ueberraschung sofort mühelos und deutlich ein paar Seiten schreiben konnte, dass nie eine Spur von Krampf während der Behandlung auftrat, dass die Schmerzen rasch aufhörten, dass die Patienten sehr bald wieder den gewöhnlichen Gebrauch der Feder lernten. Das Schreiben mit dem Bracelet setze in durchaus rationeller Weise die krampfhaft ergriffenen Muskeln ausser Function und stärke durch fleissige Gymnastik die geschwächten Antagonisten. (Deutsche med. Woch.)

Personalia. In Paris starb *Camille Davaine*, geb. 1812, einer der hervorragendsten Gelehrten Frankreichs auf dem Gebiete der Pathologie und speciell der Infectionskrankheiten; Bonn verlor den erst 44 Jahre alten, äusserst beliebten und sehr beschäftigten Arzt und Consiliarius Prof. *Obernier*, der seine Vaterstadt Bonn testamentarisch zur Erbin seines bedeutenden Vermögens einsetzte.

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 26. October bis 10. November 1882.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Masern 2 Erkrankungen (Geschwister des im letzten Berichte angezeigten Falles).

Varicellen 5 Anmeldungen, wovon 3 aus Kleinbasel (9).

Scharlach 13 Erkrankungen (16, 14, 13), wovon 7 in Kleinbasel.

Typhus 15 Erkrankungen (1, 10, 9), wovon 1 von auswärts importirt, die übrigen über die ganze Stadt zerstreut, 6 derselben in Kleinbasel.

Diphtherie und Croup 7 Fälle (14, 9, 6), meist aus Grossbasel angemeldet.

Pertussis 5 Anmeldungen (6, 3, 5).

Erysipelas 6 Fälle (8).

Puerperalfieber 1 Fall in Kleinbasel.



Bibliographisches.

103) *Rouge*, Dr., Feuilles volantes I. Heft. Causeries chirurgicales et Menus-propos d'un Chirurgien. 8°. 56 S. Lausanne, F. Rouge, Editeur.
104) *de la Harpe*, Dr. *Eug.*, Note sur une fausse membrane croupale. Sep.-Abdr. 8°. 6 S. und 1 Tafel. Genève, H. Georg.
105) *Index medicus*, a montaly classif. Record of the Current medical Literature of the World, p. Dr. *John S. Billings* und Dr. *R. Fletcher.* Vol. IV. 1.—5. Heft Januar bis Mai. 8°. 244 S. NewYork, F. Leypoldt.
106) *Revue des sciences médicales* 20. Bd. 1. Hälfte. 400 S. Paris, G. Masson.
107) *Zeitschrift für Geburtshülfe* und Gynæcologie VIII. Band 1. Heft. 8°. 203 S. mit 4 Holzschn. und 2 Tafeln. Stuttgart, Ferd. Enke.
108) *Swain*'s chirurg. Vademecum zum Gebrauch für Aerzte und Studirende, deutsch von Dr. *Siegfr. Hahn.* Mit 117 Abbildungen. 8°. 263 S. Berlin, Gust. Hempel.
109) *Ploss*, Dr. *H.*, Ueber das Gesundheitswesen und seine Regelung im deutschen Reich. 8°. 91 S. Leipzig, Gust. Gräbner. Preis Fr. 2.
110) *Vetsch*, Dr., Ueber die Endresultate der Gelenkresectionen an der obern Extremität. 8°. 60 S. Sep.-Abdr. a. d. deutschen Zeitschr. f. Chir.
111) *Fetscherin, W.*, Michael Schüppach und seine Zeit. 8°. 68 S. Sep.-Abdr. Preis Fr. 1. Zum Besten der Ferienversorgung in Bern.
112) *Spiegelberg* und *Wiener*, Lehrbuch der Geburtshülfe für Aerzte und Studirende. II. vermehrte Auflage. gr. 8°. 798 S. Mit vielen Abbildungen. Lahr, Moritz Schauenburg. Preis Fr. 26. 70.
113) *Das deutsche Dispensary* und Hospital in NewYork. Jahresbericht und Festrede zum 25jährigen Jubiläum von Dr. *A. Jacobi.* 8°. 23 S. NewYork, E. Steiger & Cie.
114) *His*, *W.*, Anatomie menschlicher Embryonen II. Gestalt und Grössen-Entwicklung bis Schluss des zweiten Monats. Mit 67 Figuren. 8°. 104 Seiten. Leipzig, F. C. W. Vogel.
115) *Pettenkofer* und *v. Ziemssen*, Handbuch der Hygieine und der Gewerbekrankheiten.
    I. Thl. 1. Abth., Einleitung, Ernährung und Nahrungsmittel, Verfälschung etc. 8°. 308 S. Leipzig, F. C. W. Vogel.
    II. Thl. Sociale Hygieine, 4. Abthl. Die Gewerbekrankheiten von *Hirt* und *Merkel.* 3. verbesserte Aufl. 8°. 224 S. Leipzig, Vogel.
    III. Thl. Die öffentliche Gesundheitspflege von Prof. Dr. *A. Geigel.* Würzburg. 8°. 256 S. 3. verbesserte Aufl. Leipzig, Vogel.
116) *Verwaltungsbericht* des Sanitätsdepartements von Baselstadt von 1881. 8°. 57 S.
117) *Statistische Beiträge* zur Beleuchtung des neuen eidg. Epidemiengesetzes von Dr. *J. J. Kummer* in Bern. 8°. 39 S. Zürich, Zürcher & Furrer.
118) *Quatrième Congrès* international d'Hygiène et de Démographie à Genève, du 4./9. Septembre 1882. Programme.
119) *Festschrift* zur Feier des 300jährigen Bestehens der Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg. Gewidmet von der Universität Basel. 4°. 87 S. Ueber Verbindungen zwischen Cœlom und Nephridium von *J. Kollmann* und über einige Urnierenreste bei Menschen von *M. Roth.* Basel, Universitätsdruckerei.
120) *Müller*, Prof. Dr. *P.*, Der moderne Kaiserschnitt! Berner Jubiläumsschrift für Würzburg. Berlin, Aug. Hirschwald, 1882.
121) *Rapports* sur l'Orphelinat *Borel* p. 1881. 8°. 47 S. und 4 Tafeln. Neuchâtel.
122) *Cornils*, Dr. *P.*, Lugano. Eine topograph.-klimatolog. Skizze. 8°. 128 S. Basel, B. Schwabe. Preis Fr. 2. 40.
123) *Jahresbericht* über die Verwaltung des Sanitätswesens und den allgem. Gesundheitszustand des Cts. St. Gallen im Jahre 1881. 8°. 222 S. und Karten.
124) *Günther*, Dr., Das Soolbad in physiol. und therapeut. Beziehung. 4 Briefe an einen Collegen. 8°. 30 S. Basel, bei Benno Schwabe. Preis Fr. 1.
125) *Burckhardt-Merian*, Prof. Dr. *Alb.*, Wegweiser für hülfesuchende Kranke und Gebrechliche in der gesammten Schweiz. 8°. 248 S, cart. Preis Fr. 2. 50. Basel, B. Schwabe.

126) *Wiener Klinik* 1882, 7. Heft. Wien, Urban & Schwarzenberg. Inh.: *Greulich*, Dr. *R.*, Ueber Parametritis und Perimetritis. 24 S.
127) *Hefty*, *Peter*, Ein Beitrag zur Therapie der Diphtherie. Inauguraldissertation. 8°. 50 S. Basel, Schweighauser.
128) *Wanluch*, Dr. *Jul.*, Pillen des Frohsinns. Eine Sammlung humoristischer Vorträge nebst einem tragikomischen Schauspiele. Selbstverlag. 8°.
129) *Das königliche Nordseebad Norderney*, eine Skizze von *Carl Berenberg*. 8°. 48 S. Norden, Herm. Braams.

Briefkasten.

Wir mussten leider wegen Mangel an Raum mehrere Manuscripte auf die nächste Nummer zurücklegen. — Herrn Dr. *Schenker*, Basel; *Kaufmann* und *Herm. Müller*, Zürich; *Borel*, Neuchâtel: Besten Dank. — Herrn Dr. *W. Ost*, Bern: Macht nichts — wir legen diese Sitzung für die nächste Nummer zurück.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N° 23. XII. Jahrg. 1882. 1. December.

Original-Arbeiten.

Zwei Fälle acuter Bulbärmyelitis.

Von **Paul Etter**, Arzt in Berg, Ct. Thurgau.

Wenn wir mit *Erb* (Krankheiten des Rückenmarks und des verlängerten Marks, 2. Abtheilung, S. 477, 1878 in *Ziemssen*'s Handbuch) unter acuter Myelitis bulbi die acuten primären, d. h. spontan entstandenen, entzündlichen Processe in der Medulla oblongata verstehen, so grenzen wir einen Theil der zur acuten Bulbärparalyse (*Lange*, *Leyden* vgl. unten folgende Citate) zählenden Fälle bestimmt ab als ätiologisch und pathologisch-anatomisch, weniger klinisch-symptomatisch eigenartig. Unter den weiteren Begriff „acute Bulbärparalyse“ gehören nämlich ausser den acuten Myeliten die Abscesse und diejenigen Fälle von acuten Erweichungen im Bulbus, welche durch Hæmorrhagien, Thrombosen, Embolien, acut im Bulbus aufgetretene Tumoren (z. B. grössere Tuberkel), Compression von aussen (Caries der beiden obern Halswirbel, extrabulbäre Tumoren), Trauma entstanden sind.

Symptomatisch unterscheidet sich die acute Bulbärmyelitis von den andern Formen acuter Bulbärparalyse wenig oder gar nicht. Denn viel weniger die Art seiner Entstehung als die Lage und Grösse eines Herdes im Bulbus sind maassgebend für den Symptomencomplex, den er abgibt. Immerhin zeichnet sich die acute Bulbärmyelitis vor den „apoplectiformen Bulbärparalysen“ dadurch aus, dass sie, wenn auch acut, d. h. mit rascher Folge der Symptome, doch nicht so wie diese auf einen Schlag mit allen Symptomen einsetzt. Nur eine schubweise Thrombosirung einer Vertebralarterie würde denselben Effect haben. Die acute Bulbärmyelitis ist vielmehr — wie wir unten bestätigt finden werden — ein in der Medulla oblong. von oben nach unten vorschreitender Process. Sodann gehört sie zu denjenigen Formen acuter Bulbärparalyse, bei welchen eine vollkommene Restitutio ad integrum stattfinden kann. Auch die embolischen Vorgänge nämlich im Bereiche der Medulla oblong. können entweder durch collaterale Strömung oder

Zerfall des Pfropfes bald ausgeglichen werden und die Krankheitserscheinungen schwinden (vgl. *Rosenthal*, Klinik der Nervenkrankheiten 1875, S. 240). Immerhin wird man, wenn die Krankheitserscheinungen total zurückgehen und der Befund der Circulationsorgane die Annahme einer Embolie oder Thrombose nicht unterstützt, immer in erster Linie an acute Bulbärmyelitis denken.

Die Bulbushæmorrhagien, wenn sie nicht sehr klein sind, führen fast ausnahmslos zu sofortigem Exitus lethalis (vgl. *Lichtheim*, Ueber apoplectiforme Bulbärparalyse. Deutsches Archiv für klin. Med. XVIII, 1876, S. 619 und *Nothnagel*, Topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten 1879, S. 187). Sicher bleiben Ausfallssymptome, wo eine partielle Heilung eintritt.

Aus all' dem leuchtet ein, dass die Diagnose „acute Bulbärmyelitis“ ohne Autopsie immer nur mit mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit gestellt werden kann. Viele Fälle bleiben zweifelhaft.

Ueber die Symptomatologie der acuten Bulbärparalyse vergleiche *Leyden*, Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten VII, 1877, S. 45, sowie *Lichtheim*, *Erb*, *Nothnagel* locis citatis.

Es sind in der Literatur folgende mehr oder weniger hieher gehörige Fälle mitgetheilt:

Lange (Om acute Bulbärparalyse, Hosp. Tidende 1868, Nr. 51—53. *Virchow* und *Hirsch*, Jahresbericht pro 1868, II, S. 46) veröffentlicht zwei Fälle acuter Bulbärparalyse, welche vielleicht hieher gehören. Die Acuität des Insultes würde zwar in beiden Fällen mehr für „apoplectiforme Bulbärparalyse“ sprechen. Autopsie fehlt. Wegen der Unsicherheit der Diagnose sind diese Fälle hier nicht zu verwerthen.

Typisch und durch sehr genaue, die Diagnose bestätigende Autopsie ausgestattet ist der erste Fall von *Leyden*, Klinik der Rückenmarkskrankheiten II, 1875, S. 157.

Der zweite Fall von *Leyden*, Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankh. VII, 1876, S. 44 gehört nicht hieher. Es handelt sich bei demselben zweifellos um einen hæmorrhagischen Infarct.

Dagegen sehr wahrscheinlich der dritte Fall von *Leyden* (ibidem); blos „wahrscheinlich“; denn *Leyden* selbst fasst denselben auf als von Gefässerkrankung ausgehende senile Erweichung.

Hallopeau (Des paralysies bulbaires, Thèse pour l'aggrégation, Paris 1875) publicirt acht Fälle acuter Bulbärparalyse, wovon drei zur Autopsie gekommen waren. Diese drei sind aber keine Myeliten. Von den fünf andern Fällen, bei welchen Besserung eingetreten war, ist dasselbe zu sagen, was von den zwei Fällen *Lange*'s: wir können sie nicht mit Sicherheit für unsere Categorie in Anspruch nehmen. Vgl. *Leyden*, Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankh. VII, 1876, S. 48 ff. und *Nothnagel* l. c. S. 169.

Wenn man es mit *Nothnagel* für unwahrscheinlich hält, dass Bulbushæmorrhagien überlebt werden, so wird man die Fälle, welche in der Literatur unter dieser Diagnose aufgeführt sind und bei welchen nicht sofortiger Exitus lethalis eintrat, als Erweichungsprocesse auffassen, und zwar als senile — sie betreffen alle alte



Leute — und mit dem dritten Falle *Leyden's* auf gleiche Linie stellen. *Leyden's* dritter Fall betrifft einen 62jährigen Mann.

Solcher Fälle wären:

Bärwinkel, Archiv der Heilkunde VIII, 1867, S. 71 (68jähriger Mann). Vergl. auch *Virchow* und *Hirsch* l. c.

Jackson, Canstatts Jahresbericht 1872, II, S. 56 (51jähriger Mann). Vgl. *Nothnagel* l. c. S. 172 ff.

Hérard, Union méd. 1868, Nr. 35 (68jähriger Mann).

Charcot, *Huret*, Tribut à l'histoire de l'embolie des artères vertebr. 1878 (68-jährige Frau).

Doch hat *Th. Güntz* (Zeitschr. für pract. Medicin, Nr. 42, S. 501, 1878) einen Fall von Bulbushæmorrhagie mitgetheilt, der zehn Stunden — freilich nur zehn Stunden — bei ungestörtem Bewusstsein, im Uebrigen unter den Symptomen der acuten Bulbärparalyse überlebt wurde. Der Tod trat, wie gewöhnlich, durch Lähmung des Respirationscentrums ein. Die Section ergab in der linken Hälfte der Med. oblong., etwa 2 mm. von der Mittellinie entfernt, und zwar in dem dem Pons zunächst gelegenen Theile ein frisches Blutextravasat, 12 mm. hoch, 16 mm. lang, 6 mm. breit.

Ich verzichte darauf, weitere Fälle acuter Bulbärparalyse mit zweifelhafter Aetiologie anzuführen. Ich habe es auch unterlassen, die oben citirten Fälle näher zu besprechen, da dieselben nebst ähnlichen Fällen von *Leyden*, *Lichtheim*, *Erb* und besonders von *Nothnagel* locis citatis in gründlichster Weise analysirt worden sind.

Wenn wir resumiren, gelangen wir zu dem überraschenden Resultat, dass wir einen einzigen Fall vorgebracht haben, der unsern aprioristisch aufgestellten Begriff der acuten Bulbärmyelitis vollkommen deckt. Es ist der erste Fall *Leyden's*.

Diesem am nächsten stehen die Fälle von seniler Erweichung, also der dritte Fall *Leyden's* und analoge Fälle. Doch können sie auf das Attribut „primär entzündlicher Process" nicht Anspruch machen.

In dritter Reihe kämen die embolischen und thrombotischen Erweichungen, die Druckmyeliten — wir haben sie von Anfang an ausgeschlossen.

Von den nachfolgenden zwei Fällen acuter Bulbärmyelitis wurde der erste auf der medic. Klinik in Zürich (Prof. *Huguenin*) beobachtet; der zweite stammt aus der Privatpraxis des Herrn Prof. Dr. *Huguenin*.

I. Fall. Anamnese. A. V., 27 Jahre altes Mädchen, Landarbeiterin, war bisher vollkommen gesund, hat viel und streng gearbeitet. Periode war immer regelmässig und normal. Ihr jetziges Leiden traf sie inmitten voller Gesundheit am 18. December 1880.

Das erste, was sie bemerkte, war eine Verminderung des Sehvermögens. Als sie nämlich am genannten Tage die Zeitung lesen wollte, konnte sie die Buchstaben nicht mehr unterscheiden; es war ihr Alles unklar und verschwommen. Ausdrücklich bemerkt sie, dass sie weit entfernte Gegenstände noch deutlich sah. Daneben noch keine weitere Abnormität.

Aber am 19. December sah sie Personen und Gegenstände doppelt. Eine Ptosis hatte sie damals noch nicht. Am gleichen Tage aber bemerkte sie beim Frühstück, dass sie das Brod nicht mehr schlucken konnte. Kaffee und Flüssigkeiten überhaupt konnte sie noch hinunterbringen, nur nichts Festes mehr, und so nährte sie sich bis zum 21. December nur von Kaffee und Milch.

An diesem Tage konnte sie aber auch nichts Flüssiges mehr schlucken. Das Ge-

nossene stürzte ihr theilweise aus der Nase, theilweise fiel es in den Larynx und provocirte heftige Hustenanfälle mit jauchzendem Glottiskrampf. Schon am 22. aber bemerkte Pat., dass ihre Hustenstösse sehr schwach und kraftlos wurden. Sie hatte die grösste Mühe, die in den Larynx gefallenen Partikel wieder los zu werden, konnte auch nicht mehr kräftig rufen und nur mit grosser Anstrengung niessen.

Vom 20. December an war auch die Stimme ganz wesentlich alterirt. Es fielen der Umgebung zweierlei Abnormitäten auf. Einmal war die Stimme belegt, heiser, kraftlos, und in der Folge nahm sie einen auffallend näselnden Charakter an.

Vom 19. oder 20. December an war ferner bemerkt worden, dass Pat. beide Lider hängen liess, nicht im Stande war, die Augen ordentlich aufzumachen. Der Augenschluss aber war nie behindert.

Am 22. December entwickelte sich eine auffallende Lichtscheu.

Eine Articulationsstörung entwickelte sich nicht.

Bis zum 29. December, dem Tage des Spitaleintrittes, blieb der Zustand gleich. Keine neuen Lähmungen. Arme, Beine, Blase, Mastdarm blieben vollkommen frei.

Bis zum 25. December hielt Pat. vollkommene Abstinenz, wobei sie ausserordentlich schwach und elend wurde, so dass man zur Ernährung mit der Sonde griff. Bis zum Tage des Spitaleintrittes wurde mit diesem Ernährungsmodus fortgefahren.

Appetit, Exurese und Defæcation waren immer normal

Der ganze Symptomencomplex trat ein ohne eine Spur von Kopfweh, Schwindel oder Störung des Sensoriums. Erst am 21. und 22. December trat zeitweise ein leiser Occipitalschmerz ein. Kein Erbrechen.

Der Beginn der Krankheit fiel mit den Menses zusammen. (Beim zweiten der *Lichtheim*'schen Fälle ist dasselbe constatirt.)

Irgend eine Schädlichkeit, die auf die Pat. eingewirkt, ist nicht aufzufinden.

Status am 30. December. Kräftiges, musculöses Mädchen. Das äussere Aussehen bietet nichts sehr Bemerkenswerthes. Eigenthümlich starre und unbewegliche Physiognomie. Hautfarbe normal. Kein Icterus. Keine Oedeme. Pat. ist vollkommen fieberlos. Ruhiger Puls von 76.

Wirbelsäule normal. Namentlich zeigt die Halswirbelsäule durchaus nichts Abnormes. Pat. dreht den Kopf ohne allen Schmerz nach allen Richtungen. Keine Nackenstarre.

Sensorium vollkommen normal. Gedächtniss gut.

Kopfschmerz fehlt durchaus; Schwindel ebenso. Pat. gibt blos an, einige Mal des Tages einen flüchtigen Stich im Occiput zu bemerken.

Motilität. Vor Allem ist zu bemerken, dass alle krampfhaften Symptome durchaus fehlen und von Anfang an gefehlt haben. Alle Abnormitäten reduciren sich auf Paralysen und Paresen.

1) Beide Oculomotorii sind beinahe ganz gelähmt. Pupille und Accommodation sind ganz gelähmt. Ptosis beiderseits.

2) Beide Abducentes sind beinahe ganz gelähmt; der linke stärker als der rechte. Ebenso die Trochleares. Die Bewegungen der Bulbi sind nach allen Seiten gleich behindert, die Excursionen der Bulbi nur sehr gering. In Ruhestellung sind die Augenaxen parallel. Kein Strabismus. Kein Doppelsehen; nur bei den forcirtesten Drehungen nach aussen tritt Doppelsehen ein.

3) Beide Faciales sind in ihren Stirn-, Augen-, Nasen- und Mundästen geschwächt, und zwar auf beiden Seiten gleich. Alle Bewegungen werden gemacht, jedoch langsam und kraftlos. Die Articulationsbewegungen des Facialis sind ungestört, doch auch etwas langsam.

4) Beide Hypoglossi sind intact. Zunge wird gerade herausgestreckt. Pat. gibt an, die Zunge sei etwas schwer.

5) Die Sprache ist in sehr geringem Grade verlangsamt. Articulationsstörung fehlt durchaus. Dagegen hat sie einen sehr stark näselnden Beiklang und ist leise. Pat. kann nicht laut rufen, nicht stark husten. Bei eintretendem Niessen sind die Explosionen kraftlos, was von der Kranken selber unangenehm vermerkt wird.

6) Larynx. Epiglottis und Lig. ary-epiglottica sind geröthet und etwas geschwellt, die Stimmbänder aber normal gefärbt. Es fällt eine langsame und träge Bewegung der-



selben auf. Kein Schlottern. Sobald etwas in den Larynx fällt, erscheint Stimmritzenkrampf.

7) Velum. Dasselbe hebt sich beim Intoniren in sehr geringem Grade. Uvula ist gerade. Alle Velumbewegungen sind auf beiden Seiten gleich unkräftig und unvollkommen. Die Schleimhaut am ganzen Velum und Umgebung ist geröthet und mit Schleim belegt. Der Schleim kann nicht entfernt werden und zeigt grosse Neigung zum Vertrocknen.

8) Absolute Schlucklähmung. Schluckreflex fehlt vollkommen. Pat. macht aus freien Stücken durchaus keinen Schluckversuch, da sofort quälende Hustenanstrengungen mit Glottiskrämpfen die Folge sind. Der grössere Theil der Flüssigkeiten wird durch die Nase entfernt.

9) Die faradische Contractilität ist an allen der Beurtheilung sicher zugänglichen Muskeln vollkommen normal; auch die Schlundmuskeln ziehen sich auf passend applicirte Ströme prompt zusammen.

10) Inspiratorische Feststellung des Thorax ist nur in sehr reducirter Weise möglich. Die Action beider Accessorii ist sehr schwach; daher die Schwäche des Hustens und Niessens.

11) Die Respiration ist ohne alle und jede Abnormität, regelmässig, 12—14. Zwerchfellscontractionen normal.

12) Bauchmuskeln ziehen sich normal zusammen.

13) Motilität der Extremitäten, sowie Function von Blase und Mastdarm in allen Stücken normal.

Sensibilität. 1) Trigeminus beiderseits auf Haut und Schleimhäuten ohne alle Abnormität.

2) Sensibilität des ganzen Rumpfes und der Extremitäten vollkommen intact.

3) Gehör gut.

4) Geruch wegen Catarrh der Nasenschleimhaut nicht sicher zu beurtheilen; scheint intact zu sein.

5) Geschmack vollkommen gut. Scharfe und sichere Beurtheilung des Geschmacks der differentesten Stoffe.

6) Gesicht. Pat. gibt constant an, sie sehe sehr schlecht, sie habe beständig einen Nebel vor den Augen. $V = {}^{2}/_{7}$ *(Horner)*. Gläser bessern nicht.

Retina: Papille normal. In der Maculagegend auffallend viel kleine Gefässe und für das Alter von 27 Jahren und bei dem Mangel starker Hypermetropie auffallend starker Retinaglanz. Gesichtsfelder durchaus normal und vollständig. Die Abnahme des Sehvermögens ist durch den Befund nicht genügend erklärt *(Horner)*.

Reflexe. Dieselben sind am ganzen Körper normal, ausgenommen natürlich das Gebiet der Schlundmusculatur und des Oculomotorius und Abducens.

Organe. In allen Stücken vollkommen normal.

Genitalien nichts.

Résumé. Gelähmt sind also:

1) Abducentes,
2) Trochleares, } nicht total.
3) Oculomotorii,

4) Die Schluckbewegung, ausgenommen die Bewegungen der Zunge und theilweise des Palatum molle. Es kommen für das Palatum molle namentlich folgende Muskeln in Betracht: M. glossopalatinus und pharyngopalatinus, innervirt von Aesten des Plexus pharyngeus, d. h. Antheilen des Vagus motorius und Accessorius.

Die Hebung des Zungenbeins als Schluss der Action der Zunge bei der Schluckbewegung ist nicht beeinträchtigt; der Stylohyoideusast des N. Facalis somit nicht gelähmt.

Total gelähmt aber sind alle Schlundschnürer, resp. ihre Nerven, stammend vom Plexus pharyngeus (Vagus motorius und Accessorius; der Constrictor pharyngis inferior durch Vermittlung des Laryngeus superior). Gelähmt ist ferner der M. epiglotticus (Ary- und Thyreoepiglotticus); denn ein guter Theil der eingenommenen Flüssigkeit fällt in den Larynx. Der M. epiglotticus verdankt der gleichen Quelle seine Innervation.

Was das Velum anbetrifft, so kann die quantitativ verminderte Beweglichkeit des-

selben ohne Zweifel auf den Ausfall derjenigen Fasern bezogen werden, welche dem Vagus motorius und Accessorius angehören. Die andern Aeste, welche von anderer Seite herkommen (Tensor palati: Ganglion oticum; Levator palati: Facialis; Levator uvulæ: Facialis), sind offenbar intact.

5) Die übrigen Aeste des Accessorius befinden sich zwar nicht im Zustande völliger Lähmung; doch wird ein Ausfall an innervirten Fasern von $^1/_3$—$^1/_2$ anzunehmen sein bei den Accessoriusfasern des Sternocleidomastoideus und des Cucullaris, und ebenso bei der Innervation der Bewegungen der Stimmbänder, welche evident langsam und unkräftig sind.

6) Eine leise Schwäche findet sich im N. Facialis beiderseits.

Gänzlich frei sind:

1) Die Hypoglossi (welche vielleicht doch im Anfang etwas betheiligt waren).

2) Trigeminus motorius.

Von den sensibeln Nerven ist in höchst merkwürdiger Weise afficirt der N. Opticus beiderseits, ohne dass die Untersuchung von Papille und Retina eine genügende Erklärung gäbe.

Frei sind Olfactorius, Acusticus, Glossopharyngeus in seinen sämmtlichen sensoriellen Aesten, Trigeminus.

Die Extremitäten sind von motorischer und sensibler Lähmung frei.

Behandlung und weiterer Verlauf. Die Fütterung mit der Sonde wird fortgesetzt (Bouillon mit Ei, Milch mit Ei).

Die paretischen Regionen werden täglich zwei Mal faradisirt in folgender Ordnung:

a) Die eine Electrode wird hinten seitlich rechts am Cucullaris aufgesetzt, die andere längs des rechten Sternocleidomastoideus geführt.

b) In gleicher Weise links.

c) Die beiden Electroden werden zu beiden Seiten des Kehlkopfes applicirt.

d) Die eine Electrode wird im Nacken angesetzt, und mit der andern längs des Kehlkopfes gestrichen.

2. Januar 1881. Pat. kann die obern Augenlider etwas heben.

3. Januar. Heute gelingt es der Pat. nach einigen Bemühungen, kleine Quantitäten Wasser zu schlucken.

6. Januar. Immer noch hie und da etwas Occipitalschmerz. Augenlider werden besser gehoben. Die vom Facialis beherrschten Bewegungen der Muskeln im Gesicht werden etwas rascher ausgeführt. Auch das Velum wird etwas besser gehoben.

11. Januar. Fortschreitende Besserung: Ptosis geringer, Pupille reagirt ziemlich gut. Accommodation noch null. Pat. kann noch nicht lesen. Bulbus beweglicher. Facialisparese ist ganz zurückgegangen. Velum steigt beim Intoniren mehr in die Höhe. Das Schlucken geht allmälig besser. Die Sonde ist seit dem 10. nicht mehr nöthig. Die Hustenstösse sind noch immer etwas schwach. Stimme noch immer leise, lautes Rufen unmöglich (Accessorius).

19. Januar. Pat. kann noch nicht lesen. Ptosis fast ganz gehoben. Pat. bringt seit einigen Tagen auch in Milch geweichtes Brod hinunter.

26. Januar. Sprache ist nur noch wenig näselnd. Pat. kann fein gehacktes Fleisch geniessen. Pupillen sind gleich und reagiren gut. Nur bei äusserster Temporalwendung ist die Abducenswirkung noch etwas mangelhaft. Accommodation ist noch gelähmt. Mit + $^1/_{10}$ wird feinste Schrift fliessend in normaler Entfernung gelesen. Sehschärfe $^1/_2$ auf beiden Augen. Cylinder bessern nicht. Ophthalmoscopischer Befund negativ.

7. Februar. Pat. wird geheilt entlassen. Nur Sehschärfe und Accommodation sind noch nicht ganz normal.

August. Es wird von Herrn Prof. *Huguenin* constatirt, dass auch die letztgenannten Defecte nicht mehr vorhanden sind.

Epikrise. Es liegt uns also folgendes Krankheitsbild zu deuten vor: im Verlaufe von drei Tagen entwickelt sich successiv eine theils partielle, theils totale Lähmung folgender Nerven: Opticus, Oculomotorius, Trochlearis, Abducens, Facialis, Glossopharyngeus motorius (?), Vagus motorius, Accessorius. Diese subacute Attake verläuft ohne Schwindel, ohne Kopfschmerz, ohne Erbrechen, ohne

Störung des Sensoriums. Erst nachher treten hie und da leichte Occipitalschmerzen auf. Nur etwa 14 Tage bleiben die Symptome unverändert; dann beginnt schon die Regression. Die Lähmungen gehen successive zurück, gehen im Verlauf von $1^1/_2$ Monaten bis auf einen kleinen Rest zurück.

Eine ausserhalb der nervösen Centralorgane liegende Ursache, welche alle die genannten Nerven rasch nach einander betroffen hätte, etwa an der Hirnbasis, ist nicht anzunehmen. Sie müsste geradezu die ganze Hirnbasis bis zum Chiasma nach vorn eingenommen haben, und es wäre dann nicht abzusehen, warum Trigeminus, Facialis, Acusticus, Hypoglossus, Glossopharyngeus, Vagus theils ganz, theils fast ganz schadlos davon gekommen wären. Eine Affection von dieser Ausdehnung müsste überhaupt viel grossartigere Symptome machen.

Dasselbe gilt, wollte man eine Blutung in den vierten Ventrikel als Ursache der Störungen supponiren.

Was speciell die gleichmässige Alteration der beiden Optici anlangt, so ist diese nur erklärlich durch Voraussetzung einer Affection, welche das Chiasma, oder einer solchen, welche die Vierhügel betroffen hätte. Denn ein Process an anderer Stelle müsste Hemiopie machen, oder es müsste die unwahrscheinliche Annahme symmetrischer Herde gemacht werden. Eine Affection des Chiasma aber müsste Neuritis machen. Nun ist aber der Retinalbefund negativ. Es bleibt also nur übrig, die Alteration der Optici in die Vierhügel zu verweisen.

In gleicher Weise werden wir auch die Ursache für die Lähmung der andern Nerven intrabulbär suchen müssen.

Wenn wir die zeitliche Aufeinanderfolge der Symptome mit der Reihenfolge der Nervenkerne im Bulbus von den Vierhügeln herunter bis zum Accessoriuskern vergleichen, so finden wir eine auffallende Uebereinstimmung. Hieraus läge nahe zu schliessen, dass irgend ein Vorgang, der in den Vierhügeln begann, bis zum Accessoriuskern hinunter descendirte, freilich mit Ueberspringung einiger Kerne.

Aber was für ein Process mag das gewesen sein?

Eine Hæmorrhagie von der Ausdehnung, wie hier anzunehmen nöthig wäre, müsste den plötzlichen Tod zur Folge gehabt haben. Auch spricht das successive, nicht apoplectiforme Auftreten der Symptome und die Heilung ohne Defect gegen diese Annahme.

Ebenso wenig plausibel ist die Annahme einer Embolie oder autochthonen Thrombose einer Arteria vertebralis. Abgesehen davon, dass am Herzen nichts Pathologisches gefunden wurde, stimmt der Symptomencomplex nicht. In allen notorischen Fällen von Verschluss einer Vertebralarterie sind vollständige Facialis- und Hypoglossusparalyse, sowie wegen Mitbetheiligung der Pyramiden Extremitäienlähmung constatirt worden (vgl. *Lichtheim* l. c. S. 612 und 620). Sodann müsste die Obturation der Arterie eine solche Ausdehnung gehabt haben, dass es höchst unwahrscheinlich wäre, anzunehmen, die Thrombose wäre collateral ausgeglichen oder durch Zerfall derselben das Gefäss wieder wegsam geworden, was man doch annehmen müsste, da die Lähmungen wieder zurückgegangen sind. Die Thrombose müsste von unterhalb des Abgangs der Art. spinalis ant. bis in den obern Abschnitt der Basilaris hinauf sich erstreckt haben (vgl. *Rosenthal* l. c. S. 240 und

Lichtheim l. c. S. 608 ff. nach *Duret*). Endlich müsste der Insult mehr apoplectiform aufgetreten sein.

Gegen die Annahme eines intrabulbären Tumors oder Abscesses spricht die vollständige Restitution ohne Ausfallssymptome, Mangel von Convulsionen und Erbrechen.

Compressionsmyelitis ist auch auszuschliessen. Von Caries der obersten Halswirbel liegt kein Zeichen vor. Und bei einem extrabulbären Tumor wäre der Rückgang der Symptome nach so kurzer Dauer und das Intactgebliebensein einzelner Nerven oder Nervenkerne nicht zu begreifen.

Es bleibt also nichts Anderes übrig, als die Annahme eines entzündlichen oder eines der Entzündung mehr oder weniger ähnlichen Vorganges, der zuerst in den Vierhügeln auftrat und sich sprungweise nach unten bis zum Accessoriuskern fortgepflanzt hat, dann aber allmälig wieder erloschen ist. Genauer zu sagen, welcher Art dieser Process war, ob wirklich entzündlicher Art oder eine nicht näher definirbare moleculäre Alteration, ist nicht möglich. Für den entzündlichen Charakter desselben dürfte vielleicht der zeitweise dagewesene Occipitalschmerz sprechen. Ob die Kerne allein betroffen waren oder die Nervenfasern in der Nähe der Kerne oder beide, ist wieder nicht zu sagen. Dass die faradische Contractilität der betroffenen Muskeln nicht gelitten hat, würde bei der kurzen Dauer des Processes nicht gegen die Annahme sprechen, dass die Kerne afficirt waren.

Wir glauben also nach alledem berechtigt zu sein, diesen Fall in die Categorie der acuten Bulbärmyelitis zu verweisen. Die Affection mag nur eine leichte und darum der Rückbildung fähige gewesen sein. Sie ist darum nicht weniger merkwürdig. Immerhin hätte sie, wenn das Respirationscentrum mitbetheiligt gewesen wäre, doch zu einem lethalen Ende führen können.

Auffallend ist die Betheiligung des Opticus neben blos motorischen Elementen. Aber auch diese waren ja nicht alle engagirt.

Auffallend ist auch das Fortschreiten der Affection von oben nach unten, da ähnliche Processe im Rückenmark sich umgekehrt verhalten. Wir meinen vor allen die Paralysie ascendente aigue *Landry*'s, an welche unser Fall unwillkürlich erinnert, da er mit derselben viele Berührungspuncte hat. Denn die *Landry*'sche Lähmung kann auch, wenn nicht beim Fortschreiten des Processes auf die Medulla oblongata Respirationslähmung eintritt, rasch rückgängig werden und in Heilung übergehen. Sensibilität und electrische Muskelerregbarkeit sind auch bei der *Landry*'schen Lähmung erhalten; es fehlen auch bei ihr motorische Reizerscheinungen und trophische Störungen. Ihr Auftreten zur Zeit der Menses ist ebenfalls beobachtet.

(Schluss folgt.)

Ein Beitrag zur Entstehung und Behandlung der Trachealstenose nach Tracheotomie.

Von Dr. **O. Kappeler** in Münsterlingen.

(Mitgetheilt in der Herbstsitzung des thurg. ärztl. Vereins am 14. October 1882.)

(Schluss.)

Wie war nun die nach der ersten Tracheotomie zurückgebliebene Stenose und die später aufgetretene Erstickungsnoth zu Stande gekommen?



Die Unmöglichkeit der baldigen Entfernung der Canüle und die Behinderung der Respiration nach der jeweiligen Entfernung derselben zur Zeit des Basler Spitalaufenthalts hängt wohl und damit stimme ich mit Prof. *Hagenbach* überein; von Granulationswucherungen ab, die in das lumen der Trachea an den vom Canülendruck freien Stellen hineinragten und dasselbe verengten. Für die Erklärung der bleibenden und später bis zu Suffocationserscheinungen anwachsenden Stenose, die die zweite Tracheotomie nöthig machte, ist dagegen diese Annahme nicht statthaft, da bei der zweiten Operation das Vorhandensein derselben nicht constatirt werden konnte. Es entspricht vielmehr den thatsächlichen Verhältnissen, wenn man annimmt, dass durch die Tracheotomie und consecutive Einfügung einer nachgiebigen Narbe in die Trachealwandung dieselbe dem Drucke der vergrösserten, von beiden Seiten andrängenden Schilddrüse weniger Widerstand entgegensetzte, nachgab und seitlich zusammengepresst wurde. Eine Stütze erhält diese Annahme durch die vorgefundene Dünnwandigkeit der Trachea im Bereich des frühern Operationsgebietes und durch den in der Krankengeschichte erwähnten Umstand, dass längs der Trachea am Halse beidseitige inspiratorische Einziehungen bemerkbar waren. Eine acute catarrhalische Schwellung der Trachealschleimhaut brachte dann den vollständigen Abschluss des Trachealrohrs zu Stande. Ausdrücklich ist hiebei noch zu erwähnen, dass nach den ganz bestimmten Mittheilungen des intelligenten Vaters, die Struma früher absolut keine Erscheinungen gemacht hatte, dass die Athmung vollkommen frei war und auch bei Anstrengungen und beim Springen niemals eine Spur von Dyspnœ sich gezeigt hatte.

Die Spaltung des verengten Theils der Trachea bis zum Ringknorpel, die aus diagnostischen Gründen und in der Absicht allfällig vorhandene Granulome zu entfernen, vorgenommen wurde, hatte keinen Einfluss auf die Wegsamkeit der Trachea und es ist dies auch durch die Art der Stenose verständlich, doch hat sie jedenfalls dazu gedient das Einführen der silbernen Röhren zu erleichtern. — Die eigentliche Therapie der Strictur der Trachea, die in unserem Falle hauptsächlich den Zweck hatte, die Spaltform der Trachea in die natürliche Röhrenform überzuführen und die chronische Schwellung der Schleimhaut zu beseitigen, nachdem der drückende Theil der Struma entfernt worden war, wurde auf dreierlei Weise versucht:

Einmal mit der T-Canüle.

Die T-Canüle ist gewiss ein sehr sinnreiches und leicht herzustellendes Instrument, wird aber wegen der Schwierigkeit der Einführung in Fällen, wie der vorliegende, kaum öftere Verwendung finden. *Dupuis* selbst, der Erfinder, fand bei der geringen Nachgiebigkeit der umgebenden Gewebe, wie er sich ausdrückt, schon die Einführung durch eine Fistel am Ringknorpel, also über der Schilddrüse, sehr schwierig und diese Schwierigkeit ist, wie ich mich überzeugen konnte, bei einer unterhalb der Schilddrüse gelegenen, mit der Trachea einen spitzen Winkel bildenden Luftfistel noch um ein Bedeutendes grösser, sie gelang mir erst, als ich die Fistel und speciell auch das Loch in der Trachea blutig erweitert hatte. Eine solche Erweiterung hat aber, wenn auch nicht gerade grosse Gefahr, doch durch

das nicht ganz zu vermeidende Einfliessen von Blut in die Trachea grosse Unannehmlichkeiten und schreckt namentlich von einer wiederholten Anwendung ab.

Die Canüle selbst, deren Stiel wie beim *Dupuis*'schen Original undurchbrochen war, konnte bei unserer Kranken nicht länger als 12 Stunden liegen bleiben und dem entsprechend war der Erfolg kein grosser. Allerdings konnte nachher die Doppel-Canüle 2 Mal 24 Stunden beseitigt werden, allein es ist schwer zu eruiren, wie viel von diesem kleinen Erfolg auf Rechnung der T-Canüle kam und wie viel der nothwendig gewordenen Erweiterung der Trachealfistel zugeschrieben werden musste.

Die Cur mit in die Trachea eingeführten Zinnbolzen hatte einmal das Resultat, dass unmittelbar nach der Cur der Luftstrom durch die natürlichen Wege ein ziemlich kräftiger geworden war, allein trotzdem die Zinnbolzen 5 Mal 24 Stunden ohne Unterbruch in der Trachea gelegen hatten und der dickste derselben einen Durchmesser von 7 mm. besass, wurde nach Herausnahme der Canüle mit der Verkleinerung der Trachealfistel die Athemnoth wieder zusehends grösser und grösser und schon nach 4 Mal 24 Stunden war ich zur Wiedereinführung der Canüle gezwungen.

Ich schreibe diesen Misserfolg hauptsächlich dem Umstande zu, dass nicht schon während der Erweiterungscur ein Theil der Respirationsluft durch die natürlichen Wege geleitet und dadurch die Stimmritze auf die nach Entfernung der Canüle rasch erfolgende Verkleinerung der Trachealfistel gleichsam vorbereitet werden konnte. Die Trachealcanüle war ja im Ganzen 10½ Monate gelegen und die Oeffner der Stimmritze: die M. cricoarythaenoidei post. waren diese ganze Zeit ausser Function gesetzt worden, lange genug zur Entwicklung einer Parese, lange genug auch um den Antagonisten, den Glottisschliessern, die beim Schlingen und Husten jeweils noch in Action gesetzt wurden, das Uebergewicht zu geben. Es war aber diese Parese nicht eine blosse Vermuthung, sie konnte später durch die laryngoscopische Untersuchung ad oculos demonstrirt werden, zu einer Zeit als die Respiration durch den Kehlkopf schon lange wieder im Gange war und es hat daher die Annahme, dass sie früher in noch höherem Grade vorhanden gewesen, gewiss alle Berechtigung. So auch erkläre ich es mir, dass ich mit der letzten Cur, mit der Einführung von silbernen Röhren in die verengte Trachea zu dem erwünschten Ziele kam. Da bei dieser Behandlung die Canüle vom ersten Moment an entfernt werden konnte, traten auch die Glottiserweiterer sofort in Action und hatten Gelegenheit bis zum Schluss der Trachealfistel allmälig wieder zu erstarken.

Wie aus der Krankengeschichte ersichtlich, war es mir möglich 8 Mal 24 Stunden ohne Unterbruch die silbernen Röhrchen einzulegen. Ein wesentlicher Vortheil der Anwendung der Röhren war auch noch der, dass während bei der Bolzencur die ungemein reichliche Schleimsecretion äusserst lästig war und zu heftigen Hustenanfällen und suffocatorischen Erscheinungen Veranlassung gab, die Röhrencur diese lästigen Begleiterscheinungen in viel geringerem Maasse hatte, weil ein grosser Theil des Secretes durch den Mund entleert wurde und nur wenig

in die Trachea hinunter floss. Das Einführen der Bolzen sowohl als der Röhren machte sich in unserem Falle sehr einfach und leicht, weil noch eine dünne *Belloq*-sche Röhre von unten durch die Strictur in die Rachenhöhle eingeführt werden konnte. Mit dieser wurde der untere Faden des Bolzens, resp. des Röhrchens vom Mund durch den Larynx und die Fistel herausgeführt, dann wurde der Faden angezogen bis das untere Ende des Bolzens oder Röhrchens am Kehlkopfeingang angelangt war.

Jetzt wurde durch weiteres Anziehen unter Leitung des bis zur Stimmritze vorgeschobenen Zeigefingers, der zugleich den Kehldeckel bei Seite schob, der Bolzen oder das Rohr in den Larynx und in die Trachea geschoben, woselbst es in die Strictur eingekeilt unbeweglich liegen blieb. Täglich überzeugte ich mich mehrmals von der richtigen Stellung des Bolzens oder der Röhre, aber nur ein Mal geschah es, dass das Röhrchen nach aufwärts gerutscht war und dann namentlich beim Schlingen heftige Schmerzen verursachte. Die beiden zur Fistel und zum Mund heraushängenden Faden wurden geknüpft und die so zu Stande gekommene Schlinge lag in einem Mundwinkel, so dass also jeder Zeit, wenn nöthig, durch Zug von oben oder unten Bolzen oder Röhre in die gewünschte Stellung gebracht werden konnten.

Leider war es bis heute noch nicht möglich durch das Laryngoscop die Wirkung der Röhrenbougies auf die Form und Weite der Trachea dem Auge zugänglich zu machen. Man musste sich mit dem eclatanten Effect der Cur auf die Wegsamkeit der Trachea begnügen. Doch werde ich das Kind von Zeit zu Zeit untersuchen und ich hoffe Ihnen später, wenn erst einmal die vollständige Erweiterung der Stimmritze wieder möglich sein wird, auch über das Spiegelbild des Trachealinnern den nöthigen Aufschluss geben zu können.

Nach Schluss der Fistel trat im Anfang, während die Respiration bei Tage schon völlig frei war, in der Nacht während des Schlafes zuweilen noch Dyspnœ auf, die beim Aufwecken regelmässig wieder verschwand. Es sind wohl verschiedene Momente, die das Zustandekommen dieser nächtlichen Dyspnœ veranlassten. Starke Schleimsecretion des Larynx und der Trachea, unvollständigere Action oder Ermüdung der paretischen Cricoarythænoidei post. während des Schlafes und Schwellung der Tonsillen. Dass die letztere wirklich mit in Frage kam, ist dadurch bewiesen, dass diese Anfälle nach Abtragung der Tonsillen entschieden seltener wurden. [1])

Vereinsberichte.

Medicinisch-chirurgische Gesellschaft des Cantons Glarus.

Ordentliche Hauptversammlung den 5. December 1881, Nachmittags $^1/_2$3 Uhr, im Glarnerhof in Glarus. [2])

Anwesend 14 Mitglieder.

In Folge Abwesenheit des Präsidiums, Dr. *Schuler*, leitet der Vicepräsident, Dr. *Oertli*, die Verhandlungen.

[1]) Am 19. November theilte mir der Vater des Kindes mit, dass die in der ersten Zeit nach der Entlassung aus dem Spital in der Nacht zuweilen noch pfeifende Inspiration nunmehr einem ruhigen und geräuschlosen Athmen Platz gemacht habe, dass das Kind an Gewicht zugenommen habe und sich ganz wohl befinde.

[2]) Manuscript erhalten den 18. October 1882.



Das „Geschäftliche“, namentlich die Bestimmung des Lesestoffes, nimmt einen grossen Theil der Zeit in Anspruch; nach Abwicklung desselben wird College *Noser* in Oberurnen als Mitglied aufgenommen. Dr. *Blumer* jun. von Mühlehorn reicht, da er nach Wallenstadt übergesiedelt, schriftlich seine Demission ein, welcher entsprochen wird.

Da die Amtsdauer der Commission abgelaufen, wird zur Neubestellung derselben geschritten; Dr. *Schuler*, bisheriger Präsident, lässt eine Wiederwahl ablehnen; einstimmig wird Dr. *Oertli* als Präsident gewählt, welcher die Wahl unter der Bedingung annimmt, dass er sein bisheriges Amt als Curator der Bibliothek und Quästor beibehalten könne; seinem Wunsch wird entsprochen. Actuar *Streiff* wird im Amt bestätigt.

Bei dem den Verhandlungen folgenden Banket dankt das neue Präsidium für das ihm geschenkte Zutrauen und eröffnet der Gesellschaft, dass die Aerzte von Glarus sich zu einem Kränzchen vereinigt hätten, das jeden Samstag Abend bei Tobias Staub stattfinde, und ladet die Collegen aus den übrigen Gemeinden ein, dasselbe ebenfalls fleissig zu besuchen. Unter einigen Toasten möge hier einer erwähnt werden, der den ältern Herren Collegen galt, namentlich dreien, die bisher regelmässig an unsern Sitzungen Theil genommen haben.

Ausserordentliche Sitzung den 25. März 1882, Nachmittags 3 Uhr,
im Cantonsspital in Glarus.
Anwesend 13 Mitglieder und 1 Gast.

Das Präsidium eröffnet die Sitzung mit der Mittheilung, dass vor kurzer Zeit (am 1. März) unser Mitglied Dr. *Jenny* in Ennenda sein 50jähriges Doctorjubiläum (Dr. *Jenny* promovirte in Heidelberg) habe feiern können; da der Jubilar aber in Folge einer Fussgelenkentzündung bettlägerig gewesen, habe er auf jenen Tag keine Sitzung angeordnet; dagegen im Namen der cantonalen medicinischen Gesellschaft eine Gratulationsadresse für Herrn Dr. *Jenny* ausfertigen und demselben am 1. März Morgens überreichen lassen. Die Gesellschaft genehmigt die Adresse mit Acclamation. Im Anschluss daran verliest das Präsidium ein Dankesschreiben des Jubilars.

Es folgt sodann eine Demonstration mehrerer pathologisch-anatomischer Präparate durch Spitalarzt Dr. *Fritzsche.*

I. Inversio uteri, durch ein submucöses Myom verursacht. Die 46jährige Frau hatte seit 4 Jahren Blutungen und wurde vor 2 Jahren an Schwäche bettlägerig. Ueberdies hatte sie vor einem Jahr zwei apoplectische Insulte mit folgender linkseitiger Lähmung. Eintritt in's Spital, pulslos, im Zustand hochgradigster Anämie; vor den Genitalien ein zweifaustgrosser, schwarzer, furchtbar stinkender Tumor; kein Fieber; Tod nach 3 Tagen, ohne dass sich Pat. auch nur theilweise erholt hätte. Die Obduction ergab: Ein Embolus in der rechten Art. fossæ Sylvii; ihm entsprechend ein grosser Erweichungsherd in der r. Hemisphäre. Alte Auflagerungen an der Mitralis. Dilatation der Nierenbecken und Ureteren. Die Blase erfüllt das ganze kleine Becken vollständig; hinter ihr ein abgesackter Abscess. Totale Inversion des Uterus; 15 cm. langes, 10 cm. breites, zum Theil fettig degenerirtes Myom mit gangränöser Oberfläche, nahe dem Fundus der vor-



dern Wand mit kurzem, 3 cm. dickem Stiel aufsitzend. — Bemerkenswerth an diesem Fall ist der Sitz des Tumor an der vordern Wand, insofern gewöhnlich nur Geschwülste im Fundus im Stande sind, eine Inversion des Uterus hervorzubringen; um so bemerkenswerther, als die Inversion eine totale, d. h. die Portio vaginalis auch invertirt war. Verständlich wird das Zustandekommen der Inversion trotz des hiefür ungünstigen Sitzes der Geschwulst durch die Grösse resp. Schwere derselben einerseits und die Schlaffheit der Uteruswandungen, besonders der Ansatzstelle des Tumor, anderseits.

Der II. Fall betrifft eine 40jährige Frau, der wegen tuberculöser Erkrankung das r. Ellenbogengelenk am 6. Januar 1882 total resecirt wurde. Jodoformbehandlung. Wundverlauf vorzüglich, ausgenommen eine einmalige Temperaturerhöhung auf 38,3. Doch 17 Tage nach der Operation stellte sich heftiges Fieber ein (Temp. bis 40, Puls 120—150), verbunden mit hochgradiger psychischer Depression, zweimaligem Erbrechen und Schmerzen im Abdomen. Auf die nur noch kleine Wunde wurde, in Annahme einer Jodoformintoxication, Salicylsäurepulver gebracht. Nach 7 Tagen Fieberabfall; doch blieb die grosse Niedergeschlagenheit und allgemeine Schwäche. Nach weitern 3 Wochen nochmals Erbrechen, Leibschmerzen, zeitweise Fieber, bald subnormale Temperaturen und Exitus am 28. Februar. — Obductionsbefund: Resectionswunde geheilt. Bronchial- und Mesenterialdrüsen verkäst. Pleura costalis rechts seitlich stark verdickt und von zahlreichen erbsen- bis bohnengrossen Käseherden durchsetzt. Von einer mässig hyperämischen, mit zartem fibrinösem Belag bedeckten Dünndarmschlinge aus geht nach dem Mesocolon descend. hin ein 10 cm. langes, bindegewebiges Band. Zwischen diesem und der hintern Bauchwand ist ein 3½ Meter langes Darmstück, das ganze Jejunum und ein grosser Theil des Ileum, abgeschnürt. Die Einschnürung ist jedoch keine totale, und die Schnürstellen ohne entzündliche Erscheinungen. Rechte Nebenniere mächtig vergrössert und zum grössten Theil verkäst.

Epikritisch bemerkt der Vortragende, dass weder die Erkrankung der Nebenniere (wie gewöhnlich), noch die Darmeinschnürung intra vitam erkannt worden sei. Die Symptome der letztern waren, da die Abschnürung keine totale, wenig prägnant, und liessen eher an tuberculöse Darmgeschwüre mit Perforativperitonitis denken. Namentlich hob *Fr.* die Beziehung des Falls zur Jodoformvergiftung hervor. Während bei Lebzeiten die Fiebererscheinungen und die psychische Depression lange Zeit mit grösster Wahrscheinlichkeit auf eine solche bezogen wurden, tritt nun nach der Obduction die Annahme einer Jodoformintoxication sehr in den Hintergrund, da tiefe Gemüthsverstimmungen bei Erkrankungen der Nebennieren (Addison) etwas recht gewöhnliches sind.

III. Endlich demonstrirt Dr. *Fritzsche* das Kniegelenk eines 15 Monate alten Knaben. Derselbe kam mit einer Fistel in der Kniekehle und einem von da ausgehenden Erysipel hochfiebernd in's Spital und starb 2 Tage darauf. Centrale Höhle in der Epiphyse des Femur mit haselnussgrossem Sequester. Miliartuberculose der Lungen. Etwa ein Dutzend erbsen- bis kirschgrosse Hirntuberkel ältern und jüngern Datums. Viele verkäste Drüsen. Ausser einigen bemerkenswerthen Einzelheiten am Knieapparate macht der Vortragende

speciell auf das relativ seltene Vorkommen von allgemeiner Tuberculose in so frühem Kindesalter aufmerksam.

Die Mittheilungen wurden vom Präsidium Namens der Gesellschaft gebührend verdankt, und es reihte sich sodann dem wissenschaftlichen Theil der Sitzung ein zweiter Act bei „Tobias“ an. Der Actuar: Dr. *C. Streiff.*

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

Präsident: Dr. *O. Haab*, Schriftführer: Dr. *Herm. Müller*.

Sitzung Samstag, den 26. November 1881.[1]

1) Vortrag von Prof. *Hermann:* Mittheilungen und Vorweisungen aus dem Laboratorium.

Prof. *Hermann* zeigte eine Anzahl Apparate aus dem physiologischen Laboratorium in Function vor und knüpfte daran erläuternde Bemerkungen. So wurde gezeigt: der Capillarkreislauf der Froschlunge mit dem *Holmgren*'schen Apparat; ein Gefriermicrotom von *Schantze* in Leipzig, mit welchem Hautdrüsenpräparate vom Frosch angefertigt wurden; verschiedene Cardiographen von *Marey* für Mensch und Kaninchen; eine *Noë*'sche Thermosäule in Sternform, mit welcher ein Inductorium in Gang gesetzt wurde — u. a. m.

Ferner machte der Vortragende Mittheilung von einer neuen Art, das Caseïn durch Oberflächenwirkung von dem Milchserum zu trennen und erörterte den *Zahn*'schen Versuch der Milchfiltration durch poröse Thonzellen unter Luftdruck. Die Arbeit ist seitdem publicirt in *Pflüger*'s Archiv f. d. ges. Physiologie. Bd. 26, S. 442.

2) Als neues Mitglied wird einstimmig aufgenommen Dr *Aus der Au* in Fluntern.

Sitzung vom 10. December 1881.

1) Ansprache des Präsidenten zur Erinnerung an den verstorbenen Dr. *Meyer-Hofmeister*.

2) Vortrag von Dr. *Kreis:* Ueber Kohlenoxydwirkung.

Der Vortrag ist unter dem Titel: „Ueber das Schicksal des Kohlenoxydes bei der Entgiftung nach Kohlenoxydeinwirkung“ bereits im *Pflüger*'schen Archiv Bd. 26, S. 425—442 veröffentlicht.

Der Vortragende hatte Versuche an Kaninchen, Fröschen und Insecten angestellt. Das Kohlenoxyd wurde der Einathmungsluft beigemengt oder an Hämoglobin gebunden direct in den Blutstrom gebracht. Die Ausathmungsluft wurde auf Kohlenoxyd untersucht, letzteres in Kohlensäure umgewandelt und als solche bestimmt. Die Resultate gingen im Wesentlichen dahin, dass ein Theil des Kohlenoxydes im Organismus in Kohlensäure umgewandelt und als solche ausgeschieden wird; ein anderer Theil wird unverändert wieder ausgeschieden.

An der Discussion betheiligten sich Dr. *Goll*, Dr. *Kreis* und Dr. *Hans v. Wyss*. Dr. *Goll* erwähnt die Verschiedenheit der Symptomengruppen bei Kohlenoxydvergiftung und wünscht vom Vortragenden zu erfahren, wie diese Verschiedenheit zu erklären; auch frägt er, ob Rettung durch Sauerstoffeinathmung möglich sei.

---

[1]) Manuscript erhalten 10. November 1882. Redact.



Dr. *Kreis* erklärt die Verschiedenheit in der Erscheinungsweise der Kohlenoxydvergiftung durch den Umstand, dass entweder reines oder durch andere Gasarten verunreinigtes Kohlenoxyd eingeathmet worden sei und auf die Frage, ob durch Sauerstoffinhalation Rettung möglich sei, bemerkt er, dass das Kohlenoxyd wohl den Sauerstoff aus den Blutkörperchen verdränge, nicht aber wieder durch letzteren ausgetrieben werden könne; die Ueberführung von Sauerstoff in das Blut durch Kohlenoxyd Vergifteter könne deshalb nur durch Transfusion sauerstoffhaltigen Blutes bewerkstelligt werden.

Dr. *Hans v. Wyss* betont der Angabe des Vortragenden gegenüber, dass im Blut erhebliche Mengen von Kohlenoxyd vorhanden sein können, ohne die bekannte spectroscopische Reaction zu geben, den hohen Werth dieser Reaction für forensische Zwecke, indem es bei Leichen durch Kohlenoxyd Vergifteter in den meisten Fällen möglich war, die Reaction durch das Spectroscop zu erhalten und zwar sogar im faulenden Blute.

Dr. *Kreis* replicirt, dass ihm der Nachweis des Kohlenoxyds spectroscopisch nur bei totaler Vergiftung gelungen.

3) Prof. *Osc. Wyss* stellt einen Fall von Acne vor, den er als Acne parasitaria bezeichnet. Der Parasit ist der Acarus folliculorum, welcher gewöhnlich als ein ganz harmloser Bewohner der Talgdrüsen angesehen wird. Prof. *Bollinger* machte aber schon vor Jahren Prof. *Wyss* darauf aufmerksam, dass der Acarus follicul. die Ursache der Räude der Hunde sei. Auch Prof. *Wyss* hat sich schon in Breslau davon überzeugt, dass die Acne acumin., seltener die disseminata auf Infection mit Acar. foll. beruhe. Im vorliegenden Fall trifft das auch in eclatanter Weise zu. Die Krankheit greift radiär um sich, was von vornherein auf ihren parasitären Charakter hinweist. In den Acneknoten findet sich der Acar. follicul. in grosser Zahl. — Zur Therapie bemerkt Prof. *Wyss*, dass er nach Incision und Ausquetschen der Knoten den Perubalsam auf dieselben anzuwenden gedenke, nach Analogie der Scabiesbehandlung. Der Actuar: *Herm. Müller.*

---

1. Sitzung, den 4. November 1882.[1])
Hôtel zum Hecht.
Präsident: Dr. *O. Haab.* Actuar: Dr. *Kaufmann*

Die Sitzungen des Wintersemesters eröffnet das Präsidium mit einem kurzen Rückblicke auf die wichtigern Ereignisse des vergangenen Sommers, gedenkt der so gelungenen Sitzung bei Anlass der Versammlung des Centralvereins, dann der beiden übrigen Sommersitzungen und ermahnt in Anbetracht unserer Niederlage bei der Abstimmung über das eidg. Epidemiengesetz und den Impfzwang zu stetem einträchtigem Zusammenhalten und zu erneutem energischem Schaffen.

Prof. *Huguenin* bespricht und demonstrirt zwei Fälle von Rückenmarkserkrankungen.

1) Pat., jetzt 20 Jahre alt, bekam im 10. Jahre erst Augenzwinkern, dann in den folgenden 5 Jahren häufig aufeinander folgende epileptiforme Convulsionen. Im 12. Jahre begannen Sprachstörungen (Stottern, Articulationsstörungen); dabei

[1]) Eingelaufen 10. November 1882.



war die Intelligenz völlig normal, im folgenden Jahre kamen Gehstörungen und Schwäche der Beine hinzu und endlich im Jahre darauf noch Schwäche der Arme.

Beim Spitaleintritt vor jetzt 5 Jahren wurde folgender Status aufgenommen: Intelligenz völlig normal. Sprache verlangsamt, dabei stark näselnd, Lippen- und Zungenlaute gehen besonders schwer. Augenbefund normal. Diplegia facialis und hypoglossi. Lähmungen an beiden Vorderarmen, Extensoren stärker befallen wie die Flexoren, Parese der Unterschenkelmusculatur. Respirationsmusculatur normal, hingegen die Thoraxheber und Bauchmuskeln paretisch. Die faradische Reaction im Bereiche der N. facialis und hypoglossus normal, am Vorderarm und Unterschenkel abgeschwächt, hier auch ziemlich Atrophie und verminderte Reflexerregbarkeit. Blase und Rectum normal.

Pat. wurde im Spitale längere Zeit galvanisirt und daneben innerlich roborirend behandelt. Sein Zustand besserte sich hiebei auffallend und auch nach dem Spitalaustritte machte die Besserung merkwürdige Fortschritte.

Heute besteht als Ueberrest seiner schweren Affection blos noch ganz leichte Sprachstörung und eine geringe Schwäche der Beine. Die Gehirnthätigkeiten sind völlig normal.

2) Pat., 22 Jahre alt, trat letzten Juli in den Spital ein. Seine Erkrankung begann im Februar dieses Jahres mit Schwäche in den Beinen; im Mai wurden alle 4 Extremitäten paretisch, dann folgten Sprachstörungen (Verlangsamung, lallende Aussprache), Sehschwäche (wegen Diplopie), endlich Schluckbehinderung.

Status beim Eintritt in den Spital: doppelte Ptosis, links stärker wie rechts, Parese des linken M. rectus extern. und der rechten rect. int. bulb. Pupille und Accommodation normal. Leichte Parese beider N. faciales und hypoglossi mit guter faradischer Reaction. Keine Sensibilitätsstörungen. Schulter-, Oberarm- und Vorderarm-Musculatur beiderseits paretisch, faradische Reaction herabgesetzt, Atrophie fehlt. Aehnlich verhält sich die Musculatur der Beine, die Flexoren des Oberschenkels sind hier am stärksten betroffen. Sensibilitätsstörungen fehlen, Reflexerregbarkeit an den Extremitäten herabgesetzt. — Blase und Rectum functioniren normal.

Behandlung wie bei Fall 1. Bis heute fast völlige Genesung, es besteht nur noch leichte Schwäche der Arme und Hände.

Die beiden vorgeführten Fälle entsprechen nicht reinen Krankheitsbildern, sondern sind, da sie sehr übereinstimmen mit den von *Schulz* und *Schulze* in *Virchow*'s Archiv jüngst veröffentlichten genau untersuchten Fällen, als diffuse Myelitis aufzufassen. Es handelt sich dabei um disseminirte Erkrankungen in der grauen und weissen Substanz, die im Wesentlichen als necrosirende Entzündungen sich darstellen. Dabei kömmt man ohne Weiteres auf die Idee, dass es sich vielleicht in solchen Fällen um eine Infection des Rückenmarkes handelt, wobei die Entzündungserreger auf dem Wege der Gefässe eindringen.

Das zweite Tractandum, die Statutenrevision, wird auf die nächste Sitzung verschoben.

Zur Aufnahme in den Verein melden sich die Herren DDr. *Beust* und *Lehmann*.

Schluss der Sitzung 3/4 9 Uhr.



Referate und Kritiken.

Ueber Ernährung und Ernährungsdyscrasien.

(Kritische Bemerkungen über einige literarische Novitäten.)

1. Bedeutung der Fleischnahrung, mit Bezug auf Preisverhältnisse, von Prof. Dr. *Hofmann*. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel. 120 S.

Unter den uns bekannten Beiträgen über rationelle Ernährung nimmt die sehr schön geschriebene, gut ausgestattete Brochure *Hofmann*'s eine hervorragende Stellung ein. Diese Arbeit ist nicht etwa eine einseitige Behandlung des Fleisches und der Fleischconserven, sondern ein werthvoller, das ganze Feld der Volksernährung beschlagender Beitrag, der dem Vegetarianismus manche herbe Wunde schlägt.

Während im ersten Abschnitt der Unterschied zwischen animalischen und vegatabilischen Nahrungsmitteln puncto chemische Zusammensetzung kurz skizzirt wird, behandelt das zweite Capitel das physiologische Verhalten der beiden Hauptgruppen von Nährartikeln. Diese Besprechung ist leider zu kurz ausgefallen. Auch die angeführten Versuche befriedigen keineswegs. . Nach *Hofmann* beträgt bei ausschliesslich vegetabilischer Nahrung (Eiweiss und Kohlenhydrate) die Menge des unverdauten Eiweisses 53%, bei ausschliesslicher animalischer Nahrung nur 18%.

Leider hat Verfasser den Einfluss, den die Zubereitungsweise auf die Verdaulichkeit der Vegetabilien ausübt, in seinen Experimenten ignorirt. Während Fütterungsversuche mit gekochten Linsen wirklich schlechte Resultate ergeben, lauten die Versuche mit feinem, gut aufgeschlossenem, reichlich mit NaCl versetztem Linsenmehl weit beruhigender, und wir geben uns der Hoffnung hin, dass es der Kochkunst gelingen werde, die Verdaulichkeit der Vegetabilien zu verbessern.

Im dritten Capitel spricht der Verfasser vom Nahrungsbedarf. Seine Versuche und Ansichten richten sich zum Theil gegen die bekannten Arbeiten des um die Ernährungsfrage hochverdienten Prof. *Voigt*. Derselbe empfiehlt bekanntlich neben einer genauen Kostordnung eine täglich gleichmässige Zufuhr von Fett, Eiweiss u. s. w. (Gefangenkost), während *Hofmann* in den täglichen Variationen der Kostquantität das geeignetste Mittel erkennt, um das subjective Wohlbefinden zu heben und die Verdauungskraft des Magens u. s. w. zu verbessern.

Der vierte Abschnitt betrifft die Preisbestimmung der Nahrungsmittel. Will man eine klare Uebersicht über das Verhältniss zwischen Marktpreis und Nährwerth gewinnen, ist es am besten, die Resultate auf eine Geldeinheit zu beziehen. Die *Hofmann*'schen Tabellen gestatten diesfalls eine rasche und befriedigende Uebersicht. Ein Beispiel:

In Leipzig kauft man für 1 Mark 1021 grmm. Legumin (zu Erbsen),
1 „ 159 „ Fibrin (Fleisch),
1 „ 477 „ Caseïn (deutscher Käse).

Nehmen wir an, dass 50% veget. Eiweiss unverdaut abgehen, so müsste man nach diesen Tabellen trotzdem dem Pflanzeneiweiss den Vorzug geben. Allein es kommen bei Beurtheilung der zwei Hauptgruppen von Nährartikeln eben noch andere Factoren in Betracht, nämlich:

Das Aufnahmemaximum und der Ernährungswerth, wovon das 5. Capitel handelt. Dieser Abschnitt ist der lehrreichste; er enthält eine wahre Fundgrube belehrender Thatsachen und neuer Gesichtspuncte. *Hofmann* ist ein gewandter Empiriker, seine Versuche sind exact. Erfreulich ist die Thatsache, wie zwei gediegene Forscher (*Voigt* und *Hofmann*) auf verschiedenem Wege oft zu gleichen Ansichten kommen.

Fassen wir dieselben in Kürze zusammen:

a) Die Sättigung des Magens tritt bei vegetabilischer Kost viel früher ein, als bei animalischer; denn erstere verlangt einen hohen Wasserzusatz (Ueberfluthung des Körpers!).

b) Eine ausschliessliche vegetabilische Kost stellt an die Verdauungs- und Excretionsorgane viel höhere Anforderungen als die animalische.

c) Das resorbirbare Quantum pflanzlichen Eiweisses ist geringer als die Menge thierischer Albuminate.

Indem *H.* für diese Grundsätze die nöthigen Belege bringt, versetzt er dem Vegetarianismus, wie er sich namentlich gegenwärtig, gerade in der Kinderernährung, zu be-

haupten beginnt, einen wuchtigen Hieb, der nur schwer zu heilen sein wird (durch Leguminose?!).

Wir wollen den günstigen Einfluss dieses vorliegenden Werkes nicht überschätzen. Doch hoffen wir, dass der belehrende Einfluss der anregend und aufklärend geschriebenen Brochure da und dort eine Verbesserung der Kost in Straf-, Waisen- und Armenanstalten zur Folge haben wird, wo man sich dem Vegetarianismus aus finanziellen Gründen ergeben hat.

Legumin ist nicht Caseïn; Stärke ist kein Fett!

Dem sechsten Abschnitt verdankt die gediegene Brochure den Titel. Dieses Capitel handelt speciell von der Bedeutung der Fleischkost. Der Verfasser handelt menschlich, wenn er den Genusswerth des Fleisches hoch anschlägt (Homo sum)!

Im Anhang werden die Fleischconserven kurz skizzirt und kritisirt. *Hofmann* bezeichnet das Fleischmehl als die billigste und rationellste Conserve, die berufen ist als wichtiger Exportartikel des fleischreichen Australiens und Südamerikas eine hervorragende Rolle zu spielen. *Hürlimann.*

Cantonale Correspondenzen.

Basel. Sanitätsaspirantenschule Basel. Den 2. October rückten unsere jungen Schweizer-Aerzte — 26 Mann — nach mehreren Jahren wieder zum ersten Male in Basels Caserne ein, um eine 4wöchentliche Sanitäts-Officiersbildungsschule zu bestehen. Kaum das Staatsexamen hinter sich und der Alma mater valet gesagt, galt es, noch einmal sich auf ein Examen, das Sanitäts-Officiersexamen, zu wappnen, was auch unter der ausgezeichneten Leitung unseres Herrn Oberinstructors, Oberst Dr. *Göldlin* und der Herren Instructoren Dr. *Fröhlich*, Dr. *Bovet* und Dr. *Franz* ohne grosse Schwierigkeiten geschah. Da wurden die alten Erinnerungen an die Soldaten- und Compagnieschule aufgefrischt. Man machte Bekanntschaft mit Tactik, Kartenlesen, Militärorganisation, Reiten etc. und speciell mit unserm schweizerischen Militär-Sanitätswesen. Doch nebst all' diesen ernsten Dingen zeigten wir uns als ächte „Ritter der Gemüthlichkeit“, war ja doch die Spanne Zeit noch allzu kurz, wo wir vom fidelen und burschikosen Studentenleben Abschied nehmen mussten. Manch gemüthlicher Abend vereinigte uns beim Gerstensafte, wo man sich wieder so recht in seine Studienzeit versetzt fühlte. In jenen frohen Stunden wurde auch die berühmte „Lebensverbindung Backelöff“ gegründet.

Am Schlusse der Schule wurde gemeinschaftlich mit den Sanitätsrecruten ein 2tägiger Ausmarsch nach Mariastein unternommen. Man supponirte, dass der Feind die Schweizergrenze überschritten habe und durch das Leimenthal gegen Basel vordringe. In Basel und Umgebung liege die V. Armeedivision. In Basel selbst das V. Feldlazareth. Eine Brigade kann den Feind wieder über die Grenze zurückschlagen. Zwei Ambulancen folgen der Brigade, um die zweite Sanitäts-Hülfslinie zu erstellen. In Benken errichtet die eine Ambulance den Hauptverbandplatz für die verwundeten Truppen, welche vom Schlachtfelde hergebracht werden. Ebendaselbst werden die Verwundeten operirt, verbunden und verpflegt, bis es die Umstände erlauben, sie weiter zu transportiren. Die andere Ambulance hat sich in Therwyl als Abschubstation eingerichtet, welche die Verwundeten der Ambulance in Benken abholt und verpflegt, bis dieselben von Basel aus durch einen Lazarethzug in Dornach abgeholt werden. Die in Benken freigewordene Ambulance rückt nun weiter nach Mariastein vor, wo sie ein Marodehaus für die längs der Grenze aufgestellten Truppen einrichtet. Am folgenden Tage wird der bis dahin eingerichtete Lazarethzug in Dornach beladen und die Evacuation der Verwundeten der Ambulance in Therwyl besorgt.

Ohne jeden Zwischenfall verlief der Ausmarsch, wie auch die ganze Aspirantenschule selbst.

Den 31. October ging die Schule zu Ende und nach einem letzten collegialischen Handschlag zerstreuten wir uns nach den verschiedenen Gauen unseres Vaterlandes.

Basel, November 1882. *Sch.*

Luzern. Penetrirende Bauchwunde durch ein grösseres eisernes Instrument mit Widerhacken; Entfernung desselben. Tod.

Einem 14jährigen Knaben, der über einen Heustock herunterrutschte, drang ein an letzterm mit der Spitze nach oben lehnender sog. Heurupfer in den Bauch. Es geschah dieses ungefähr 1 Uhr Nachmittags. Da das Unglück weit entfernt von grössern Ortschaften vorkam, so war das nöthige ärztliche Personal erst um 5 Uhr auf dem Platze. Der Heurupfer ist ein Werkzeug der Landwirthschaft, bestehend aus einer ungefähr 35 cm. langen Eisenstange, die an einem 1 Meter langen hölzernen Stiele aufsitzt. Das geradlinige Eisenstück hat am vordern Ende, welches scharf zugespitzt ist, einen spitzwinklig abgehenden, scharfen Widerhacken von 4—5 cm. Länge (Distanz der Spitze des Widerhackens vom Schafte ca. 3 cm., Länge der Schaftspitze von der Abbeugung des Widerhackens an noch 8 cm.).

Dasselbe war wohl 20 cm. weit in den Leib gedrungen, so dass der Widerhacken noch 6—8 cm. innerhalb der Bauchwand sich befand. Der verletzte Knabe, kräftig gebaut, wie es scheint von Natur herzhaft und unzweifelhaft Vorwürfe von seinen Eltern fürchtend, rief seinen viel jüngern Bruder her und verlangte von demselben, er solle ihm das Eisen aus dem Leibe ziehen. Der Versuch wurde mit möglichster Anstrengung gemacht, konnte aber begreiflich nicht zum Ziele führen, verursachte nur enorme Schmerzen.

Herr Dr. *Wollenmann* von Rothenburg erschien zuerst auf dem Platze, sägte zunächst vom hölzernen Stiel so viel ab, dass man den Knaben vernünftig zu Bett legen konnte. Unterdessen langten Herr Dr. *Stöckli* ebenfalls von Rothenburg und ich von Luzern an.

Der Knabe lag zu Bette, etwas bleich, mit kleinem Pulse; doch hatte er nie gebrochen, aber Urin gelöst; er lag auf der rechten Seite, das Instrument zwischen den Schenkeln; es war an der linken Seite, am innern Ring des Leistencanals eingedrungen; wenig Blutverlust; jede Bewegung mit dem Körper oder am Instrumente sehr empfindlich; der eingedrungene Theil desselben durch die Bauchwand zu fühlen. Tiefe Chloroformnarcose, gehörige Reinigung und Aseptisirung der Wunde und Umgebung. Da der Finger nur schwer neben der Eisenstange eindringen konnte, ward die Bauchwand 2 Zoll weit gespalten, die Blutung gestillt und dann der Widerhacken aufgesucht, was wegen der Verwicklung mit Netz und Darm nicht leicht war. Da wegen der weitragenden Spitze der Stange nur sehr vorsichtige Bewegungen am hölzernen Stielrest gemacht werden durften, so gelang es nur mit grösster Mühe, allmälig den Winkel zwischen Stange und Hacken von den aufliegenden Theilen frei zu machen. Es musste zuletzt ein unentwirrbarer Netzstrang durchschnitten werden, worauf das Instrument leicht herausgenommen werden konnte. Während der ganzen Zeit war die scharfe Spitze des Widerhackens durch die Spitze meines linken Zeigefingers verhindert worden, weiteres Unheil anzurichten. Der Knabe hatte zweimal gebrochen, jedesmal wenn ich am Instrumente gezogen hatte, um mir die wegzuschiebenden Netz- und Darmtheile zugänglicher zu machen. Er befand sich nach der Operation ordentlich, nur mit kleinem, aber nicht sehr schnellem Pulse. Die Blutung war klein gewesen. Naht, Abzugsröhre und *Lister*-Verband. Der Knabe stirbt am Morgen früh rasch, nachdem er geschlafen und mit Appetit Milch genommen hatte.

Die nach 30 Stunden vorgenommene Section ergibt nach Mittheilung von Dr. *Stöckli* Folgendes: Meteorismus, grosse Leichenstarre, starker Fæcalgeruch.

Wunde ohne Belag; in der Bauchmuskulatur fanden sich an mehreren Stellen blutige Infiltrationen, hervorgebracht durch die Versuche, das Instrument herauszuziehen. Das grosse Netz zeigte an zwei Stellen des Mesogastriums ca. handtellergrosse Löcher, verhängt mit mässig vielen Blutklümpchen. Blase unverletzt. In der Bauchhöhle ungefähr ½ Liter wässrig-blutiger Flüssigkeit nebst Darminhalt. Der Riss, besser Loch im Dünndarm befand sich an der Rückseite am Ansatz des Mesenterium. Zum Auffinden desselben hätte ein Längsschnitt in der Bauchwand kaum hingereicht.

Ueber die Entfernung von grössern Gegenständen mit Widerhacken geben die Werke der neuern Chirurgen wenig Aufschluss; die meisten Schriftsteller [illegible] hnen sie nicht. Desto ausführlicher handelt davon der [illegible] so bündige *Cels*[illegible] ch, II. Cap., das also beginnt:

Tela quoque quæ illata corporib[illegible] erunt, ma[illegible] ejiciuntur: suntque quædum difficultates [illegible] quædam [illegible] n quas illa penetrarunt.

Dann werden zuerst [illegible] zur [illegible] schosse be-



sprochen; darin kommt der Widerhacken im Allgemeinen, hamus retusus, vor. Es werden nun die Pfeile abgehandelt, deren Widerhacken als Spiculæ bezeichnet; dann die grossen Geschosse (tela lata), die an einem Ende duos utrimque deorsum conversos uncos tragen. Zu deren Entfernung werde vorzüglich das Graphiskon des Professors *Diocles* benutzt. Endlich kommen noch an die Reihe die Schleudergeschosse: plumbea glans aut lapis aut simile aliquid.

Luzern, 14. October 1882. Dr. *Steiger*.

Eine in ganz gleicher Weise beim Heruntergleiten von einem Heustock durch einen Heurupfer („Heurüpfel") entstandene Verletzung beobachteten 1866 die Herren DDr. *Rippmann* sen. und *Th. Rippmann, J. J. Baader* und *Zehntner*. Dem ca. 25 Jahre alten Manne war der Widerhacken am Damm, ca. 3 cm. vom Anus, 15 cm. weit eingedrungen, der Widerhacken nach hinten, und hatte das Rectum perforirt. Dr. *Rippmann* sen., der den Patienten zuerst sah, entfernte das Instrument mit grosser Mühe. Da die Heilung sich verzögerte, wurde später vom Hausarzte Dr. *Zehntner* der von Dr. *J. J. Baader* gleich bei der Verletzung gemachte Vorschlag, die vom Sphincter und der zerfetzten Darmwand gebildete Brücke zu spalten, doch ausgeführt, worauf rasche und von keinen fatalen Consequenzen begleitete Heilung erfolgte. *A. Baader*.

Thurgau. *A. Julius Netscher* in Eschlikon †. Freitag, den 20. October, wurde uns unser lieber College *Netscher*, von einer heimtückischen und äusserst schmerzhaften Krankheit fast genesen, durch einen Hirnschlag plötzlich entrissen.

Netscher war geboren den 16. Juli 1838 in Bischoffszell als Sohn wohlhabender Eltern. Sein Vater, Anton Netscher, aus dem piemontesischen Thal Gressoney St. Jean stammend, war der Begründer eines jetzt noch in jenem thurgauischen Städtchen blühenden Manufacturwaarengeschäftes. An der Ausbildung des Jünglings wurde demnach nichts gespart. Er besuchte die Cantonsschulen von Aarau und St. Gallen, später die Universitäten München, Prag, Wien, Zürich, Bern, von welchen ihm hauptsächlich Prag, wo er die geburtshülflichen Curse *Seyffert*'s besuchte, und das dazumal noch auch für Ausländer ein äusserst angenehmer Aufenthalt war, unvergesslich blieb. Nachdem er 1862 in Frauenfeld das cantonale Examen bestanden, bekleidete er bis 1864 verschiedene Assistentenstellen in den Spitälern von Turin und Venedig. Im Herbst 1864 liess er sich dauernd in Eschlikon nieder. Bald erwarb er sich eine ausgedehnte Praxis, die auch öconomisch befriedigte, aber anderseits schon vermöge des Terrains, das sich in unserm thurgauischen Hinterland nicht durch zu grosse Flachheit auszeichnet, die Kräfte allzu sehr consumirte. Doch war unserm Collegen kein Berg zu hoch, kein Wetter zu schlecht, und die Freuden und Leiden eines Gebirgsarztes hat er reichlich genossen. Besonders gesucht war *Netscher* als Geburtshelfer, in welchem Fach er excellirte. In allen Nöthen aber stand ihm getreulich seine liebe Hausfrau zur Seite, und er konnte wohl mit Recht die Verehelichung mit ihr (Mai 1865) als das wichtigste Ereigniss seines Lebens bezeichnen. Obwohl kinderlos, war sein Familienleben ein äusserst glückliches und ansprechendes und in den vielen kranken Tagen, die nun bald folgten, seine Gattin ihm der hauptsächlichste Trost und die erste Hülfe. Bis zum Jahre 1875 fühlte sich unser College durchaus wohl und war, obwohl von Natur kurz und dick, ein passionirter Bergsteiger, dem der Athem nicht ausging. Bald sollte es anders kommen. Im Herbst 1875 machte er einen Sanitätscurs in der Caserne Zürich mit und war gezwungen, in einer durchaus feuchten Kammer zu schlafen. Während nach den eigenen Aussagen *Netscher*'s ein College (der Name ist mir entfallen), der am Curse ebenfalls Theil nahm, gleich darauf an einer acuten Nierenentzündung erkrankte und starb, datirt für unsern Freund von jenem Moment an ein chronisches Nierenleiden, welches zwar nie acut wurde und als solches ihn auch nie in's Bett zwang, aber doch den Grund zu allem kommenden Unheil legte. Die Krankheitssymptome, die sich einstellten und von da an zum Theil nie mehr verschwanden, bestanden hauptsächlich in asthmatischen Anfällen mit Herzklopfen und unregelmässigem, beschleunigtem Puls, in vorübergehendem Angstgefühl, Schwindel, starker Röthung des Gesichts abwechselnd mit Blässe, Schmerz in der Nierengegend, Anurie mit folgender reichlicher Secretion, wobei der Urin meistens blass blieb, aber intermittirend starken Eiweissgehalt zeigte. Eine Erholungscur, die unser leidender Freund 1876 in Appenzell machte, hatte günstigen Erfolg, aber nur vorübergehend, denn wenn auch *Netscher* bis 1880 seiner Praxis noch gehörig vorstehen konnte und grösstentheils recht

munter war, so warfen doch jene von Zeit zu Zeit auftretenden Erscheinungen des aussetzenden Pulses, des grossen Angstgefühles ein schlechtes Licht auf die Zukunft. Vom December 1880 bis Mai 1881 fesselte ihn eine Exacerbation seines Leidens an's Bett. Fieber, Gelenkschmerzen, Schmerz in der Herzgegend, unregelmässige Herzaction waren die hauptsächlichsten Klagen. An der Diagnose einer fettigen Entartung des Herzens auf arthritischer Basis und anschliessend an das Nierenleiden wurde im Ernste nicht gezweifelt, obschon noch viel von Neurose etc. gesprochen wurde. Vom März 1881 bis October dieses Jahres konnte von Seite unseres Freundes wieder ordentlich gearbeitet werden, obschon der alte Lebensmuth fehlte. Es bedurfte aber noch einer neuen Attaque, um ihn gänzlich darnieder zu werfen. Mit Anfang October 1882 bildete sich an der Hinterhauptsgegend unter grossen Schmerzen, aber noch unbedeutender Schwellung ein kleiner Furunkel, den *Netscher* mit merkwürdiger Voraussicht als letzten, todtbringenden Feind von vorneherein erklärte. Sogleich incidirt, schloss sich nichts desto weniger ein diffuse carbunculöse Hautentzündung daran, die ihresgleichen sucht. Mit Ende der ersten Krankheitswoche war sämmtliche Haut von einem Ohr zum andern, vom Haarwirbel bis zum Nackenansatz in allen Richtungen durchschnitten (die Wunde mass 30 cm. in die Quere, 10 cm. in die Höhe, 3 cm. in die Tiefe). Unsägliche Schmerzen ertrug Patient mit musterhafter Geduld, da bei ordentlichem Allgemeinbefinden, mässigem Fieber, gänzlich fehlenden Hirnsymptomen begründete Aussicht auf Genesung vorhanden war. Diese wurde fast zur Gewissheit, als mit der zweiten Krankheitswoche, nachdem noch sämmtliche Lappen abgelöst worden waren, die Abstossung der gangränösen Partien unter reichlicher Eiterung begann.

Mit Anfang der dritten Krankheitswoche hatte man überall schöne Granulation, die Temperatur bewegte sich zwischen 37 und 38°, Appetit und Allgemeinbefinden war gut, Patient sehr gesprächig und voll freudiger Hoffnung. Kurz, man dachte nichts Arges, als plötzlich in der Nacht vom 19. auf den 20. October Morgens 2 Uhr *Netscher*, nachdem er seiner Frau kurz vorher auf eine bezügliche Frage geantwortet, es sei ihm ganz wohl, mit einem Schrei in's Bett zurücksinkt, im Moment noch „Ohrensausen, kalte Ueberschläge“ sprechen kann, dann aber in absolute Bewusstlosigkeit verfällt, welche gegen Abend in Tod übergeht. Die Diagnose musste auf Hirnapoplexie gestellt werden, Section wurde nicht gestattet.

Netscher war ein grosser Freund der Natur und der Wahrheit, des Fortschrittes und Freisinnes, ein sich emsig fortbildender, rationeller Arzt, human im Verkehr mit seinen Patienten und jeglicher Medikasterei abhold; ein ausgezeichneter College, ein liebenswürdiger Familienvater, Freund und Mensch überhaupt. Die Erde sei ihm leicht.

Wängi. Dr. *H. Walder.*

Waadt. In Nyon starb Dr. *Matthey* und im Bois-de-Céry Dr. *Josias Pétavel*, unser unglücklicher Freund, erst 42 Jahre alt. In Chêne practicirend, war er ein eifriges Mitglied der Genfer medicinischen Gesellschaft, in welcher er oft Vorträge hielt, immer frisch und sprudelnd von Originalität. Sein letztes Werk war die Anregung der Frage der Gründung einer ärztlichen Wittwen- und Waisencasse. Wie weh hat es uns gethan, damals schon die fürchterlichen Spuren jener entsetzlichen Krankheit, der progressiven Paralyse, den noch so lebenswarmen Geist und den früher so leistungsfähigen Körper schwächen zu sehen. Freund *Pétavel* hat schwer gelitten — er ruhe sanft!

Zürich. Dr. *Albert Weinmann* †. Dr. *Albert Weinmann* von Winterthur, Arzt, Stadtrath und eidgenössischer Armeearzt ist am 1. November d. J. einer Pachymeningitis mit terminaler Blutung erlegen. Mit ihm ist eine edle geistige Kraft allzu früh gebrochen, ein reiches und thatenvolles Leben vor der Zeit abgeschlossen worden. Nicht glänzt sein Name auf der Schaubühne des politischen Kampfes, noch ist er mit festem Griffel in die Annalen der Wissenschaft eingegraben, wenn er auch mit seinem umfassenden, regen Geiste den politischen, ebenso sehr aber auch den medicinisch-wissenschaftlichen Entwicklungen emsig folgte. Eine vorwiegend practische Natur hatte *W.* engeren Kreisen seine Thätigkeit zugewendet, der leidenden Menschheit, dem Wohlergehen seiner Vaterstadt, der Wehrkraft seines Vaterlandes; hier aber überall seine ganze und volle Manneskraft einsetzend, klaren Auges seine Ziele sich steckend, mit eiserner Energie sie verfolgend, entschlossen und fest das von ihm als wahr und gut Erkannte auf den Schild erhebend, ohne Furcht vor den Menschen und selbst allfällige Verletzung von Privat-

interessen nicht scheuend, wenn diese dem allgemeinen Wohle entgegenstanden, scharf und gewandt im Kampfe, gerade und offen seinen Weg verfolgend, oft anstossend, nie unbillig nachtragend. Trefflich kamen ihm dabei zu Statten ein scharfer Blick, schnelle, das Wesentliche heraushebende Auffassung, dem entsprechendes entschlossenes Eingreifen, grosses practisches Geschick und organisatorisches Talent. Neben diese hohen Gaben der Intelligenz und des Willens stellten sich aber auch die versöhnenden des Gemüthes: Sinn für alles Edle, so auch für die Schönheiten der Natur, Wanderlust durch Berg und Thal, heiteres Wesen und fröhliche Geselligkeit, Opferfreudigkeit und Hingebung, Treue an Freunden und Freundeskreisen, volle Hingabe an die engeren Kreise der Familie und vor Allem seiner „Frau Doctor“.

Albert Weinmann wurde geboren den 24. December 1829. Da er einziges Kind war, wurde es den wenn auch in bescheidenen Verhältnissen lebenden Eltern nicht zu schwer, den talentvollen Knaben studiren zu lassen. Seine Gymnasialjahre machte er in Winterthur, und da dieses damals noch keine obern Classen hatte, in Zürich durch. Hier bezog er auch 1848 die Hochschule, promovirte und bestand das Staatsexamen 1852. Dann ging es auf die fröhlichen, aber auch arbeitsreichen Wanderjahre, nach Wien, Prag, Berlin (*Gräfe*), Paris und Bordeaux, mit jugendlichem Eifer die Meister zu hören, die Kenntnisse zu äufnen, das practische Geschick zu entwickeln. Reich an Wissen, wohl ausgerüstet zu practischem Können kehrte er 1854 in seine Vaterstadt zurück und begann seine ärztliche Laufbahn, dabei als Specialität mit Vorliebe die Augenheilkunde pflegend. Bald gelang es ihm, sich eine ärztliche Wirksamkeit zu schaffen, wenn auch vielleicht nicht in dem erwünschten Maasse. 1859 wurde er Spitalarzt und bekleidete diese Stelle eine längere Reihe von Jahren. — Winterthur begann gerade damals sein noch enges und vielfach spiessbürgerliches Gewand zu sprengen und die Glieder zu recken; das frisch aufstrebende Gemeinwesen sah sich vor eine Reihe neuer und bedeutender Aufgaben gestellt, denen bald unser geistesfrische *Weinmann* sein Interesse zuwandte; wohl möglich, dass seinem idealen Streben und practischen Thatendrange die einfache ärztliche Wirksamkeit auch geistig nicht genügte und bei der damaligen Beschränktheit des Arbeitsfeldes, das an einem kleineren Orte dem Arzte geboten war, nicht voll genügen konnte. Er wurde in die Verwaltungsbehörden des regsamen Gemeinwesens berufen, und da er ungefähr zu gleicher Zeit anfing, auch der militärärztlichen Branche sein Interesse und seine Kraft zuzuwenden, ward er allmälig und mehr, als ihm selbst lieb war, von seinem eigentlichen Berufe theilweise abgedrängt. Aber Arzt vor Allem ist er doch geblieben; dem kleiner gewordenen, dabei mit vollstem Vertrauen treu an ihm hängenden Kreise seiner Patienten widmete er nach wie vor mit grossem Geschicke und voller Hingebung seine Dienste; kurz angebunden, sicher und gewandt im Auftreten, klar und rasch im Erkennen, einfach im Heilplane war seine ärztliche Linie. Der Entwicklung der Wissenschaft folgte er unentwegt; die ärztlichen Standesfragen verlor er nie aus dem Auge; die localen ärztlichen Vereine hatten an ihm einen der eifrigsten und regelmässigsten Besucher, der sowohl durch seine heitere Geselligkeit und aufrichtige Collegialität, als durch manch einschneidendes, stets klares und sachlich in die Discussion eingreifendes Votum die Sitzungen belebte. Man kann es bedauern, dass ein so reiches Talent, das namentlich auch für chirurgisches Handeln vorzüglich beanlagt war, der practisch ausübenden Thätigkeit sozusagen entzogen worden ist; allein verloren war dasselbe keineswegs; es wurde nur auf andere, jedoch verwandte Bahnen gedrängt, indem durch die mannigfachen einflussreichen Stellungen, welche *Weinmann* dauernd in der Verwaltung und in der Gesellschaft einnahm, wie ein rother Faden seine Fürsorge für das allgemeine Gesundheitswohl, seine Leistungen auf dem Gebiete der Hygieine und des eidgenössischen Militärsanitätswesens sich hindurchziehen.

1861 wurde Dr. *Weinmann* in den Stadtrath gewählt, dem er mit einer kurzen Unterbrechung bis an sein Lebensende angehörte und wo er in mannigfachen Zweigen der Verwaltung Gelegenheit fand, selbstschaffend oder durch Unterstützung der von Andern aufgeworfenen Zielpuncte kräftig die Entwicklung des Gemeinwesens zu fördern. Sehr mannigfaltig ferner gestaltete sich seine stets energisch eingreifende, oft maassgebende Mitbetheiligung an allen Fragen, welche direct oder indirect, amtlich oder in Vereinen das öffentliche Wohl, die Hebung bedrängter Volksclassen, die Bekämpfung ungesunder Zustände u. s. w. beschlugen. Es würde zu weit führen, dies Alles in's Einzelne zu ver-

folgen; es mag genügen, seine wesentlichsten Leistungen kurz hervorzuheben. Da ist vor Allem der Wasserversorgung zu gedenken, die an die Stelle sehr ungenügender Verhältnisse auf einen Schlag durch das ganze Weichbild der Stadt eine reichliche Quelle guten und reinen Trink- und Brauchwassers mit Verzweigung in alle Häuser und die höchsten Stockwerke strömen liess, zugleich in ausgiebigster Weise dem Feuerlöschwesen dienend; ferner der Bad- und Waschanstalt mit Zellenbädern und Schwimmbassin; der in ästhetischer, ebenso sehr aber in sanitarischer Rücksicht streng durchgeführten Bau- und Strassenpolizei, mit Befreiung der Altstadt von den Licht und Luft absperrenden Thoren und Bogen, mit der luftigen Anlage der an breiten Strassen, in Gärten gebetteten neuen Quartiere; der glücklichen Durchführung des Neubaues und der Einrichtung des Einwohnerspitales; der Verbesserung des Latrinenwesens und der Einführung der geruchlosen Abfuhr der Fæcalstoffe, freilich nur eine Abschlagszahlung; ein hiemit in Verbindung stehendes, nach vielfachen Studien und Arbeiten vorbereitetes Project der Canalisation nach *Liernur*'schem Systeme, eine Lieblingsidee des Verstorbenen, musste der inzwischen eingetretenen Ungunst der Verhältnisse weichen, wird aber wohl von späteren Geschlechtern wieder aufgenommeu werden. Nicht vergessen sei seine einsichtige und umfassende Thätigkeit als Präsident der Gesundheitscommission, seine Theilnahme an der Gesellschaft für Erstellung billiger und passender Arbeiterwohnungen, seine Mitwirkung in den Bestrebungen für Hebung des Handwerkerstandes, für das Gewerbemuseum des Technicums u. s. w.

Was endlich *Weinmann* als Militärarzt geleistet hat, das zu schildern überlasse ich gerne einer berufeneren Feder.

Winterthur. *Emil Müller.*

An diesen reichen Kranz von Schöpfungen auf dem Felde des bürgerlichen Sanitätswesens reihen sich ebenbürtig die hohen Leistungen an, die *Weinmann* auf dem Gebiete des eidg. Militärsanitätswesens zu Stande gebracht hat; und die zahlreichen Militärärzte, die am 4. November seine sterbliche Hülle der Erde übergeben haben, sie waren sich bewusst, dass mit *Weinmann* ihr bedeutendster Vertreter zu Grabe gelegt wurde.

Während 28 Jahren hat der Verstorbene als Militärarzt seinem Vaterlande gedient, und wo auch immer wir ihm begegnen, immer treffen wir den schneidigen zielbewussten Kämpfer, der für Alles sich begeistert, was Fortschritt im Militärsanitätswesen heisst, der kühn und entschlossen, ohne vor Rücksichten irgend welcher Art sich zu beugen, zur Eroberung dieses Zieles seine Kräfte einsetzt!

Seine ersten militärärztlichen Studien im Felde machte *Weinmann* 1859 nach der Schlacht bei Solferino, wo er mit Divisionsarzt *Wieland* im Auftrage des Bundesrathes an den ernsten Arbeiten in den Militärlazarethen Oberitaliens sich betheiligte. Im Jahre 1862 wurde er Hauptmann im Sanitätsstabe, 1867 Major und Divisionsarzt. Im Jahre 1869 veröffentlichte er den sehr practischen „Versuch einer gemeinfasslichen Darstellung der Grundzüge der Militärgesundheitspflege für Officiere und Soldaten in der schweizerischen Armee“. Das Buch hatte das grosse Verdienst, in Kürze und populärer Form die Grundsätze der Hygieine mit specieller Berücksichtigung unserer Armee klar und bündig zusammengefasst zu haben, und gerade damals, als diese Literatur noch eine sehr dürftige war, war dasselbe von grossem Einflusse.

Als der Krieg von 1870/71 losbrach, zog *Weinmann* wieder hinaus auf den Kriegsschauplatz, um seine Kenntnisse zum Loos der unglücklichen Verwundeten zu verwerthen. Er errichtete mit zwei Schweizer Collegen, im Auftrage des internationalen Comités in Basel, ein stehendes Feldspital in Lure (bei Belfort), das während 2 Monaten eine erfolgreiche Thätigkeit für die, von ihren eigenen Militärärzten im Stiche gelassenen, zahlreichen französischen Verwundeten, entfaltete.

Im Jahre 1871 berief der Bundesrath die sogen. „militärärztliche Reformcommission“ (11.—14. October) nach Bern, in deren Schoosse die, durch die Erfahrungen der letzten Kriege gebotenen, Umgestaltungen im Militärsanitätswesen berathen werden sollten. In dieser Commission nun entwickelte *W.* seine glänzende Arbeitskraft, indem er mit der ihm eigenen Schärfe die Mängel und Gebrechen der bestehenden Einrichtungen beleuchtete und mit Energie für die Reformen einstand. Diese Commission beantragte damals unter Anderem: eine Ambulancesection per Brigade, welche, als Hauptverbandplatz ausserhalb der Gefechtslinie liegend, die nöthige Ruhe gewähren sollte, um

die ungenügende erste Hülfe bei den Corps zu ergänzen, und welche vor Allem die Verwundeten durch gute Verbände transportabel machen sollte, ferner ein grösseres Feldspital von 300—400 Betten per Division, welches dem Hauptverbandplätz erlauben sollte, seine Verwundeten rasch zu evacuiren, um allfälligen Dislocationen der Brigade zu folgen.

Dieses Feldspital sollte eventuell in Sectionen theilbar sein. Ferner verlangte sie Verdoppelung des Aerzte- und Krankenwärterpersonals, Blessirtenträger-Colonnen, Umgestaltung des mangelhaften Fraterinstitutes, bedeutende Vermehrung des Sanitätsmaterials und anderes mehr.

Es ist nicht der Zweck dieser Zeilen, historisch die Entwicklung der Reform unseres Militärsanitätswesens im letzten Jahrzehnte klar zu legen, wohl aber der, bei der jüngern Generation von Collegen die wesentlichen Verdienste des Mannes hervorzuheben, dessen fernere Mitarbeit leider auf immer nun uns entzogen worden ist.

Zwischen dieser ersten Reformcommission und der heutigen Gestaltung unseres Militärsanitätswesens liegen viele Commissionsberathungen und Rapporte, aber wohl wenige, in denen nicht *Weinmann*'s Stimme von nachhaltigem Einfluss gewesen wäre. Vom Jahre 1876 bis zu seinem Tode war *W.* auch thätiges Mitglied der Fussbekleidungscommission und hat diese so wichtige Angelegenheit jeder Zeit mit Eifer und Sachkenntniss fördern helfen.

Im Jahre 1872 avancirte *W.* zum Oberstlieutenant und als im December 1875 Oberfeldarzt *Schnyder* aus Gesundheitsrücksichten nach 2½jähriger, sehr erfolgreicher, Thätigkeit als Oberfeldarzt seine Stelle niederlegen musste, wurde ihm durch Herrn Bundesrath *Scherer* dieselbe angetragen. *Weinmann* schwankte lange, und nur das für ihn grösste Opfer, das von ihm verlangt wurde, nämlich das, seine Vaterstadt Winterthur mit Bern zu vertauschen, bewog ihn schliesslich, den höchst ehrenvollen Ruf auszuschlagen.

Als 6 Jahre später in Ausführung der Neugestaltung unseres Militärsanitätswesens ein Armeearzt bezeichnet werden sollte, nämlich der Mann, der im Kriegsfall den Oberfeldarzt bei der Armee im Felde zu vertreten hat, wurde diese hohe Stellung den 15. April 1881 *Weinmann* übertragen.

Im Januar 1882 wurde *Weinmann* zum Oberst ernannt — bevor noch das Jahr zur Neige war, hat der unerbittliche Tod ihn aus der Reihe seiner Cameraden abberufen.

Mit Wehmuth haben wir von dem mit Blumen überdeckten Grabe uns getrennt, das mit stillem Ernste den Endpunct darstellt eines Lebens, reich an Arbeit und auch reich an Erfolgen, in dem ein Mann begraben, wie unsere Zeit sie so nöthig hat, stark und unerschrocken, wenn es galt an grossen Aufgaben seine geistige Kraft zu messen, unermüdlich und aufopfernd, wenn es galt, der Vaterstadt oder dem Vaterland Dienste zu leisten, aber auch offenherzig und treu, wenn es galt, dem Freunde Freund zu sein.

Mögen aus der jungen Generation unserer Militärärzte Männer herauswachsen, die in gleicher Weise das Gefühl der Verpflichtung dem Vaterlande gegenüber durch bleibende Leistungen in's Practische umsetzen!

Mit diesem stillen Wunsche nahmen wir Abschied von *Weinmann*'s Grabe, und mit demselben rufen wir heute dem langjährigen Freunde und treuen Cameraden ein letztes „Lebe wohl“.

Burckhardt-Merian.

Zürich. Sanitarisches vom Truppenzusammenzuge der VI. Armeedivision im Jahre 1882.

Der sanitarische Vorcurs.

Wie bei den Uebungen der VII. Armeedivision, fand auch beim diesjährigen Truppenzusammenzug ein sanitarischer Vorcurs statt. Das Commando desselben wurde unter Leitung des Sanitätsoberinstructors dem Feldlazarethchef übertragen. Den Unterricht ertheilte Herr Oberst Dr. *Göldlin*, die Herren Hauptleute DDr. *Bovet* und *Fröhlich* und einige Instructoren 2. Classe.

Zu diesem Vorcurse fanden sich am 30. August ein: Die Officiere und Unterofficiere der Ambulancen 27, 28, 29 und 30, ferner die Bataillonsärzte und Sanitätsunterofficiere der VI. Division. Zu diesen Cadres gesellte sich den 2. September die Sanitätsmannschaft der Ambulancen und der Infanteriebataillone (mit Ausnahme der 4 jüngsten Wärter per Bataillon, welche bei den Truppen zu verbleiben hatten). Ueberdies wurde uns am



2. September noch zugetheilt ein Theil des Train zur Bespannung unserer 4 Ambulancen unter Leitung eines Trainlieutenant.

Die Tagesordnung für diesen Vorcurs war im Wesentlichen folgende:

Morgens 5 Uhr Tagwache, 6—7 Uhr Unterricht, $7^3/_4$—9 Uhr und $9^1/_2$—11 Uhr ebenso; Mittags 2—4 Uhr und $4^1/_2$—$6^1/_2$ Uhr practische Uebungen und Soldatenschule.

Der so zusammengesetzte Vorcurs zerfiel hinsichtlich seiner Thätigkeit in zwei Theile; während der ersten Hälfte desselben (vom 30. August bis 2. September) wurde der Unterricht ausschliesslich von den Herren Instructoren ertheilt, vom 2. September an, also mit Einrücken der Mannschaft, besorgten die Cadres den grössten Theil desselben.

Nachdem der Einrückungstag dazu verwendet worden war, den Curs zu organisiren und die nöthige sanitarische Eintrittsmusterung zu besorgen, konnte schon am folgenden Morgen mit dem eigentlichen Dienste begonnen werden. Die Herren DDr. *Bovet* und *Fröhlich* machten uns in wenigen Vormittagsstunden vertraut mit dem innern Dienst an Hand des neuen Dienstreglementes. Die übrigen Morgenstunden benützte Herr Oberst Dr. *Göldlin*, um uns in ebenso klarem als schönem Vortrage die gesammte Organisation des Sanitätsdienstes in Erinnerung zurückzurufen. Mit grosser Literaturkenntniss ausgerüstet und mit vielen Beispielen belegt wurden uns diese Stunden zu den interessantesten und lehrreichsten. Die practischen Uebungen, je Nachmittags vorgenommen, bestanden zunächst in Erklärung des Ambulancenmateriales und desjenigen der Truppensanität; hierauf folgten die nöthigen Anweisungen über die Errichtung von Truppen- und Hauptverbandplätzen. Die späteren Nachmittagsstunden waren der Soldatenschule vorbehalten. Letztere wurde von uns, in Anbetracht der grossen Wichtigkeit, mit vollem Eifer und reger Aufmerksamkeit betrieben.

Wie schon bemerkt, erhielt unser Curs am 2. September Zuwachs durch die eingerückte Sanitätsmannschaft. Die erste Arbeit des so vervollständigten Vorcurses bestand in der Eintrittsmusterung, Inspection der Bekleidung, Verlesen der Befehle, Vertheilen der verschiedenen Dienste und Bezug der Cantonnemente. Für die nun folgenden $2^1/_2$ Tage war ein grosses Stück Arbeit zu bewältigen. Dienstreglement, Sanitätsdienst, Kenntniss des Ambulancenmateriales und desjenigen der Truppensanität, Verbandlehre und Hygieine, dann practische Uebungen und Soldatenschule musste Alles in der so knapp bemessenen Zeit aufgefrischt und geübt werden. Der Nachmittag des 4. September war bestimmt zu einem kleinen Ausmarsche, um sowohl dem Personale der Ambulancen als auch der Truppensanität Gelegenheit zu geben, das in den Vorträgen Erlernte practisch zu üben. Einrichten von Truppenverbandplätzen und Hauptverbandplätzen zeigten die Vereinigung des gesammten Sanitätspersonales.

Am 5. September Nachmittags fand dann durch den Divisionsarzt, Oberstl. Dr. *Welti*, die Inspection des Vorcurses statt.

Der darauf folgende Vormittag wurde benutzt für theoretischen Unterricht und Soldatenschule, die Nachmittagsstunden zu Fahrschule und einem kleinen Uebungsmarsche für das vereinigte Feldlazareth. Die Truppensanität war indessen wieder zu ihren Bataillonen zurückgekehrt.

Der Werth des rein militärischen Unterrichtes, wie des allgemeinen Dienstes und der Soldatenschule kann in einem solchen Vorcurse nicht hoch genug angeschlagen werden. Ist es doch Pflicht eines jeden Sanitätsofficieres, dieser ihm weniger bekannten Materie die vollste Aufmerksamkeit zu schenken gerade bei uns, wo die Sanitätsofficiere, wie in keinem andern Heere eine so vollständige, den Truppenofficieren gleichberechtigte Stellung einnehmen. Nicht allein das medicinische Wissen befähigt den Arzt zum Militärarzt; eine gewisse administrative und militärische Bildung ist absolut nothwendig, wenn er sowohl seinem militärischen Vorgesetzten, wie auch seinen Untergebenen gegenüber seine Stellung voll und ganz bekleiden soll.

Felddienst.

Die Functionen des Divisionsarztes nahmen ihren Anfang schon geraume Zeit vor Beginn des Truppenzusammenzuges.

Durch den Oberstdivisionär dazu aufgefordert hatte er vorerst ein Regulativ über die hygieinischen Vorschriften auszuarbeiten, welches demselben vorgelegt, genehmigt und gedruckt wurde.

Ferner setzte er sich mit der zürcherischen Sanitätsdirection in's Einvernehmen, um

zu veranlassen, dass die Gesundheitscommissionen derjenigen Gemeinden, welche in das Gebiet der militärischen Operationen fallen, vorbauende Maassregeln treffen möchten und um deren Mitwirkung bei allfällig vorkommenden Fälschungen von Lebensmitteln und Getränken zu gewinnen.

In beiden Beziehungen wurde der Zweck so ziemlich erreicht; die Gemeinden bemühten sich, die Unterkunftslocale der Mannschaft möglichst bewohnbar zu machen, was bei der nassen und theilweise nasskalten Witterung von grossem Belang war.

Die Qualität des Lagerstrohes war allerdings oft unter mittelmässig; feucht und schimmlig musste es besonders auf die Respirationsorgane nachtheilig wirken.

Der nachfolgende Rapport gibt über die Krankheitsbewegung Aufschluss.

Eingerückte Mannschaft: 10,843 Mann.

Zur sanitarischen Untersuchung meldeten sich 546 Mann oder 5,03% der Eingerückten.

Diensttauglich wurden erklärt	168 Mann	oder 30,89%	der Krankgemeldeten.
Zeitweise dispensirt	141 „	„ 25,69 „	„ „
Dispensirt u. vor Unt.-Comm. gewiesen	237 „	„ 43,42 „	„ „
Summa	546 Mann	oder 100,00%.	

Bestand der Eingerückten: 10,843; entlassen: temporär 141 (1,31%), vor Untersuchungs-Commission gewiesen 237 (2,19%); effectiver Bestand: 10,465.

Von der eingerückten Mannschaft (10,843) wurden also entlassen: 378 oder 3,5%.

Von 10,465 standen in ärztlicher Behandlung	1072 Mann	(10,24%)
Davon wurden geheilt zum Corps entlassen	880 „	(82,09%)
„ „ in Spitäler und Ambulancen evacuirt	145 „	(13,52%)
„ „ nach Hause entlassen	46 „	(4,29%)
„ starb	1 „	(0,10%)
Schusswunden	1	0,10%
Hieb-, Stich-, Quetschwunden	54	5,07 „
Wunde Füsse und aufgeritten	330	30,82 „
Andere chirurgische Affectionen	190	17,76 „
Typhus	2	0,18 „
Venerische Krankheiten	3	0,28 „
Krankheiten des Nervensystems	15	1,37 „
„ der Sinnesorgane	22	2.06 „
„ „ Respirationsorgane	97	9,07 „
„ „ Circulationsorgane	13	1,22 „
Diarrhœ	117	10,96 „
Andere Krankheiten der Digestionsorgane	105	9,82 „
Krankheiten der Harn- und Genitalorgane	3	0,28 „
„ „ Haut	18	1,64 „
Rheumatismus	50	4,67 „
Andere Krankheiten	52	4,70 „
	1072	100,00%

Per Tag erkrankten 49 Mann oder 0,46% des effectiven Bestandes von 10,465 M.

Im Cantonsspital Zürich wurden nach Schluss des Divisions-Wiederholungscurses noch 3 Pat. aufgenommen, deren Erkrankung resp. Infection während der Dienstzeit stattgefunden hat.

Um das Rapportwesen möglichst vollständig zu gestalten, wurden im Beginn des Dienstes einige Rapportformulare (5tägiger, Krankenverzeichniss und Verzichtscheine) an die Spitäler Zürich, Winterthur, Schaffhausen und Frauenfeld eingesandt, mit dem Ersuchen, dieselben zu benützen und jeweilen Bericht zu erstatten; mit Ausnahme von Zürich fanden sich die übrigen Anstalten bereit. Ebenso erhielt der Divisionsarzt während den Manövertagen die telegraphische Anzeige über die Zahl der disponiblen Betten.

„Die Unterkunftslocale, welche, während des Vorcurses für die Brigade XII bestimmt, in der Nähe von Zürich gelegen sind, wurden schon vor dem Dienstbeginn, soweit sie“, schreibt der Divisionsarzt, Oberstl. Dr. *Welti*, in seinem Rapporte an den eidg. Oberfeldarzt, „mir nicht bekannt waren (Kaserne und Dependenzen in Aussersihl) besucht und untersucht; so in Albisrieden, Altstätten, Dietikon und Höngg. Sämmtliche mussten und konnten als verwendbar bezeichnet werden.

Erst beim Beginne des Dienstes konnte ich die Locale in Winterthur (von der Brigade XI occupirt) ansehen.

Die Fehler und Mängel der Räumlichkeiten, welche in Winterthur zur Verwendung kamen (Salzhaus, Reitanstalt, alte Caserne und Bauschopf der städtischen Verwaltung) sind schon von früher bekannt; es gibt wohl nicht leicht ein abschreckenderes Muster einer Caserne, wie sie nicht sein soll, als diejenige in Winterthur. Trotzdem musste sie benützt werden, und es geschah sogar ohne Schaden für die Bewohner.

Im Salzhaus war für bessere Treppenverbindung zwischen den einzelnen Stockwerken gesorgt worden; auch für bessere Ventilation.

Die Reitanstalten boten die beste Unterkunft; bei diesen waren, wie beim Salzhaus, im Freien Latrinen angebracht, in denen flüssige Excremente allerdings weggeleitet wurden, feste dagegen liegen blieben; ich verlangte, dass eine regelmässige Spülung (im Anschluss an die benachbarte Wasserleitung) erstellt werde und hatte die Genugthuung, diese Maassregel ausgeführt zu sehen.

Die Localität des städtischen Bauschopfes, in welchem während des Vorcurses die Infanterie-Pioniere untergebracht waren, ist ein halboffenes Gebäude, durch welches alle Winde brausen; unter der sachkundigen Leitung des Divisionsingenieurs wussten sich die Leute jedoch bald Schutz zu verschaffen und verblieben dort in verhältnissmässigem Wohlbefinden.

Schlecht waren die Krankenzimmer der Verwaltungscompagnie 6 im Neuwiesenquartier, sowie dasjenige des Bataillons 63 (zur Blumenbleiche), ersteres eine Küche mit Steinboden ohne Bettstelle, letzteres 3 Zimmer in einem uralten Hause mit schlechter Abtritteinrichtung und leiternähnlicher, halsbrechender Treppe.

Das sogen. Krankenzimmer der Verwaltungscompagnie wurde auf meinen Befehl verlassen und durch ein besseres ersetzt.

In der „Blumenbleiche" mussten wir jedoch ausharren, obschon ich auch noch den Oberstdivisionär zu einem Besuch daselbst veranlasste, um die Unzweckmässigkeit des Locals ad oculos zu demonstriren. Möglichste Reinlichkeit und tägliche Desinfection haben auch hier über die Gefahr hinweg geholfen.

Die Localitäten in der Umgebung von Winterthur (Wülflingen, Veltheim, Neftenbach, Seuzach etc.) waren mit Sorgfalt hergerichtet; von den Truppen wurden sie durchschnittlich in gutem Stande gehalten.

Auch dem Aufenthaltsorte der Artilleriebrigade glaubte ich meine Aufmerksamkeit schenken zu müssen und besuchte deshalb die Caserne Frauenfeld; ich gestehe unverhohlen, dass der empfangene Eindruck in sanitarischer Beziehung kein günstiger war.

Die Reinlichkeit von Treppen, Gängen und Zimmern liess sehr viel zu wünschen übrig, obschon das schlechte Wetter und der bodenlose Exercierplatz einigermaassen zur Entschuldigung dienen mögen. — Ganz schlecht sind die Abtritteinrichtungen; ohne Dunströhre und ohne Spülung.

Abscheulich ist der hinter den Stallungen befindliche, mit Wasser und Schlamm gefüllte, aufgestaute Graben, welcher nicht ermangelt, bei warmem Wetter gehörig zu stinken und bei finsterer Nacht ausserdem eine stete Gefahr bildet.

Entweder sollte diese Cloake eingedeckt oder abgeleitet werden.

Die Verpflegungsverhältnisse der Division waren, sowohl während des Vorcurses als auch später gut geregelt; Qualität von Brod und Fleisch, welches von der Verwaltungs-Compagnie geliefert wurde, sehr gut.

Wenn im Verlaufe des Dienstes von einzelnen Corps über unregelmässige Lieferung geklagt wurde, so liegt der Fehler jedenfalls vorzugsweise an jenen selbst und nicht an den Verwaltungstruppen, welche ausgezeichnet arbeiteten und dadurch zum sanitarischen Wohlergehen der Mannschaften wesentlich beigetragen haben.

Klagen über Verfälschung von Getränken, resp. Beimischung gesundheitsschädlicher Substanzen sind mir nicht zugekommen; weder die Corps-Aerzte noch die als Feldgendarmen fungirende cantonale Polizei hatte Derartiges zu berichten; meine persönlichen Beobachtungen bewiesen, dass meistens coupirte Weine zum Verkaufe gelangten, wie heutzutage in dem Territorium der VI. Division überall.

Der eidg. Schoppen hatte denselben Charakter; seine Geister waren nicht von unbändiger Art.



Der eigentliche sanitarische Dienst der Aerzte, so weit er die Besorgung und Behandlung Kranker betrifft, wurde fast ausnahmslos zur Befriedigung gemacht; es ist mir den ganzen Dienst über keine Klage vorgekommen; nicht von Patienten und auch nicht von militärischen Vorgesetzten.

Die Thätigkeit der Ambulancen war, wie es die Natur des Friedensdienstes mitbringt, eine relativ beschränkte.

Den Vorcurs über hatten sich dieselben blos mit Erweiterung der militärischen und speciell militärsanitarischen Kenntnisse zu befassen.

Am 6. Nachmittags kehrten die Corpsärzte mit der Sanitätsmannschaft aus dem Vorcurse zu ihren resp. Abtheilungen zurück; das Feldlazareth sollte den 7. Vormittags den Vormarsch antreten und sich im Verlauf des Tages den verschiedenen Truppenabtheilungen anschliessen; die Ambulancen 27 und 28 sollten sich dem Nordcorps zur Verfügung stellen und mussten zu diesem Zwecke, nach dem rechten Flügel desselben abbiegend, über Augwyl nach Neftenbach und Wülflingen gelangen; unterwegs hatten sie Marode aufzunehmen und nöthigenfalls in die genannten Locale mitzuführen.

Ambulance 29 und 30 wurden dem Südcorps zugetheilt; sie folgten demselben regimentsweise (21. und 22.) und gelangten Abends in die Cantonnemente Pfungen und Embrach. Der Stab des Feldlazareths blieb in Kloten, ohne sich einer Ambulance anzuschliessen.

Am 8. September sollte wenigstens eine Ambulance zur Etablirung eines Hauptverbandplatzes veranlasst werden; nach diesfälliger Besprechung mit dem Stabschef beurlaubte ich mich den 8. früh vom Divisionsstabe und traf die beiden Ambulancen 27 und 28 in der Nähe von Neftenbach im Riedhof. — Nr. 27 erhielt den Befehl, sich daselbst zu etabliren; Nr. 28 wurde angewiesen, den Verlauf des Gefechtes zu beobachten und je nach Umständen in der Umgegend von Neftenbach einen Hauptverbandplatz herzustellen.

Der Hauptstoss des Südcorps wurde nämlich auf der Linie Pfungen-Wülflingen-Töss erwartet und vorausgesetzt, dass die Stellung Neftenbach, welche stark verschanzt war, ein schweres Hinderniss für das Südcorps bilden werde; das Gefecht gestaltete sich jedoch in ganz anderer Weise, so dass es vorzeitig, resp. frühzeitig abgebrochen werden musste. Ambulance 28 kam daher nicht mehr in den Fall, einen Verbandplatz herstellen zu können.

Den 9. wurde die Division um Winterthur concentrirt (die 4 Ambulancen in Winterthur); am 10. war Inspection, Parade und Nachmittags Abrücken in die neuen Cantonnemente nordwärts der Thur.

Der feindlichen Abtheilung, welche unter Oberstl. *Crousaz* das Nordcorps formirte, wurde Ambulance 27 zugetheilt; Ambulance 28 etablirte sich in Andelfingen als Marodehaus und die beiden andern (29 und 30) hatten je einer Brigade zu folgen. Der Chef des Feldlazarethes erhielt den Befehl, dieselben während der 3 Divisions-Manövertage zu feldmässigen Aufstellungen zu veranlassen, jedoch ohne Uebungen im Anlegen von Verbänden etc. vorzunehmen, da dies auf den Wunsch des eidg. Oberfeldarztes ausdrücklich unterlassen werden sollte.

Die Ambulancen verrichteten in dieser Weise ihren Dienst bis zum Entlassungstag, der Rückmarsch erfolgte den 13. bis Veltheim, den 14. nach Zürich, wo die Entlassung am 15. erfolgte.

Ueber die Erkrankungsverhältnisse gibt der mitgetheilte Rapport Aufschluss.

Der einzige vorgekommene Todesfall liegt in seinen causalen Verhältnissen ausserhalb der Zeit des Divisionswiederholungscurses.

In Bezug auf Arzneiverbrauch muss ich anerkennen, dass durchschnittlich sparsam zu Werke gegangen wurde.

Das persönliche und dienstliche Verhältniss der Sanitätsofficiere zu denjenigen anderer Waffen hat sich fast ausnahmslos besser gestaltet."

Die Correspondenzen aus der Mitte unserer Militärsanitätscorps sind uns immer willkommen und von hohem Interesse. Wäre es nicht am Platze, auch einmal über den Gang des Aushebungsgeschäftes zu rapportiren?

Redact.



Wochenbericht.

Schweiz.

— Der **„Wegweiser"**, den wir in letzter Nummer besprochen haben, bietet uns instructive Ausblicke: im Ganzen dürfen wir uns gestehen, dass er ein ehrenvolles Zeugniss für unser Volk ablegt, obschon noch ganze Gebiete der Krankenhülfe brach liegen und uns z. B. Curanstalten für die vielen schwerkranken Alcoholiker gänzlich und Asyle für die äusserst zahlreichen Epileptiker, deren manch' Einer heilbar wäre, fast ganz fehlen, und obschon die unheilbar Kranken überhaupt erst in einzelnen Cantonen vor dem grausamen Schicksale der Verlassenheit bewahrt werden.

Der „Wegweiser" zeigt uns, nach Cantonen geordnet, folgende Anstalten:

133 allgemeine Krankenhäuser, darunter 12 Cantonsspitäler, 11 Kinderspitäler, 22 Irrenanstalten, 18 Augenspitäler und 7 Blindenasyle, 16 Taubstummenanstalten, 14 Asyle für Reconvalescenten, 55 für Greise, 9 für Blödsinnige, 25 für Unheilbare, 10 Absonderungshäuser und 10 Entbindungsanstalten; 6 Schulen für Krankenpflegerinnen, 10 Armenbadanstalten an hervorragenden Curorten und 4 Meerbäderstationen für kränkliche Kinder; ferner berichtet der „Wegweiser" über Polikliniken, Kranken- und Irrenversorgungsvereine und Specialanstalten für chirurgische, Augen-, Ohren- und Zahnkrankheiten, über Krankenmobilienmagazine u. s. w.

Da lässt sich Allerlei studiren und vergleichen, mancher interessanten Ursache nachforschen und vor Allem mancher gute, wohlbegründete und bei der rechten Initiative auch recht wohl ausführbare Vorsatz fassen. An's Werk, Collegen!

— **Officiersbrevets.** Durch Beschluss des Bundesrathes vom 7. November sind nachgenannte Theilnehmer der Sanitätsofficierbildungsschule Basel zu Officieren brevetirt worden und zwar als Oberlieutenants (Aerzte): *Carl Garré*, Ragaz, eingetheilt zum Füs.-Bat. Nr. 81, *August Wartmann*, Genf (Füs.-Bat. 11), *Adolf Streckeisen*, Basel (Füs.-Bat. 99), *Ernst Gaudard*, Genf (Füs.-Bat. 9), *Joseph Rappaz*, Vitznau (Füs.-Bat. 47), *Carl Rieder*, Sissach (Füs.-Bat. 53), *Max Johann von Arx*, Olten (Füs.-Bat. 49), *Hans Stahel*, Affoltern (Amb. 29), *Manfred Bott*, Chur (Füs.-Bat. 91), *Gottlieb Schenker*, Basel (Füs.-Bat. 60), *Albert Vogel*, Bern (Füs.-Bat. 41), *Lukas Ramer*, Wallenstadt (Füs.-Bat. 82), *Wladislaus Onufrowicz*, Enge (Füs.-Bat. 71), *Eugen Fischer*, Brugg (Füs.-Bat. 55), *Ernst Merian*, Basel (Füs.-Bat. 57), *Alfred Genhard*, Sempach (Füs.-Bat. 46), *Otto Roth*, Teufen (Füs.-Bat. 84), *Eduard Keller*, Fluntern (Füs.-Bat. 56), *Heinrich Bider*, Langenbruck (Schützenbat. 5), *Hermann Keller*, Hottingen (Füs.-Bat. 59), *Fritz Brunner*, Oberstrass (Füs.-Bat. 75), *Johann Grimm*, Pfäffikon (Füs.-Bat. 72), *Victor Steiner*, Biberist (Füs.-Bat. 51), *Leo Steiner*, Glarus (Amb. 38), *Rudolf Kappeler*, Fluntern (Schützenbat. 7); als Lieutenant (Apotheker): *Alfred Daiber*, Enge (Amb. 38).

Basel. Das Diaconissenspital in Riehen, unter der vorzüglichen Leitung von Dr. *Courvoisier*, nahm im Jahre 1881 272 Kranke auf (W. 185, M. 61, Kinder 26), worunter innerlich Kranke 137 († 12,5%), chirurgisch Kranke 135 († 3,4%) mit 110 Operationen; an den letztern starben mehr oder weniger direct nur 2 Kranke.

Die Höhe des Krankenstandes des Spitales ist in beständigem Zunehmen, was wohl am besten für seine gute Leitung zeugt. Wir unterlassen nicht, den Collegen, welche Diaconissen berufen wollen, das PS. des Berichtes zur Nachachtung zur Kenntniss zu geben: PS. Die Herren Collegen, sowie das Tit. Publicum sind ersucht, bei Anfragen für Pflegerinnen in Privathäuser jeweilen angeben zu wollen, ob es sich um männliche, weibliche oder kindliche Patienten, sowie um welche Krankheit es sich handelt.

Bern. Preisaufgabe der medicinischen Facultät: „Eine Reihe von Giften ruft nachweislich eine starke Erregung peripherer Nervenenden hervor, so Kupfer und Zink. Eine Reihe anderer Gifte, so Quecksilber und Blei, zeigt eine Anzahl überaus ähnlicher Vergiftungssymptome; aber es werden diese Erscheinungen bisher ohne zwingenden Grund auf ausschliesslich centrale Ursachen bezogen." Es wird eine experimentelle und kritische Analyse der Frage gewünscht, wie weit solche Annahme richtig ist, ob namentlich den letztgenannten Körpern centrale oder periphere oder beiderlei Angriffsweise zukömmt.



Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 11. bis 25. November 1882.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Masern 3 Erkrankungen im Birsigthal, ohne Zusammenhang mit den Fällen der letzten Berichte, überhaupt ohne bekannten Ursprung.

Varicellen 6 Anmeldungen (9, 5).

Scharlach 8 Erkrankungen (14, 13, 13), wovon 4 in Kleinbasel.

Typhus 10 Erkrankungen (10, 9, 15), wovon 8 im Birsigthale (3 in einem Hause), 2 in Kleinbasel.

Diphtherie 3 vereinzelte Fälle (9, 6, 7).

Pertussis 7 Anmeldungen (3, 5, 5) vom Nordwestplateau und aus Kleinbasel.

Erysipelas 3 Fälle (8, 6).

Puerperalfieber 1 Fall auf dem Südostplateau.

Eine am 22. November ergangene Anfrage betreffend Vorkommen von Icterus catarrhalis[1]) ergab bis zum Schlusse des Berichtes von 10 Collegen 19 Anmeldungen; 3 Aerzte constatiren, dass sie in letzter Zeit keine Fälle von Icterus catarrhalis beobachtet haben. Die 19 Fälle vertheilen sich auf: Nordwestplateau 7, Birsigthal 5, Südostplateau 2, Kleinbasel 5. Der Beginn der Erkrankung fällt in 8 Fällen auf den October, in 11 Fällen auf den November; von den Erkrankten sind 7 Kinder, 12 Erwachsene.

Bibliographisches.

130) *Oldendorff*, Dr. *A.*, Grundzüge der ärztlichen Versicherungspraxis. 8°. 132 S. Wien, Urban & Schwarzenberg.

131) Dr. *Carl Sigmund Ritter von Ilanor*, Vorlesungen über neuere Behandlungsweisen der Syphilis. III. Aufl. 8°. 200 S. Wien, Urban & Schwarzenberg.

132) *Schwimmer*, Dr. *Ernst*, Die neuropathischen Dermatonosen. Mit 6 Holzschnitten. 8°. 240 S. Wien, Urban & Schwarzenberg.

133) *Arndt*, Dr. *Rudolf*, Lehrbuch der Psychiatrie für Aerzte und Studirende. 8°. 637 S. Wien, Urban & Schwarzenberg.

134) *Brunner*, *Hans*, Ueber Chininamaurose. Inaug.-Dissert., Zürich. 8°. 69 Seiten. Diessenhofen.

135) *Gemeindespital Biel*, Verwaltungsbericht für die Jahre 1878—1881. Biel, 1882. 25 S.

136) *XIX. medic. Bericht* über die Thätigkeit des *Jenner*'schen Kinderspitales in Bern im Laufe des Jahres 1881, veröffentlicht von Prof. Dr. *R. Demme*. Bern, J. Dalp, 1882. 109 Seiten.

137) *Kinderspital Basel*, XIX. Jahresbericht über 1881, erstattet von Prof. Dr. *E. Hagenbach* und *G. Schenker*, Assistenzarzt. Basel, 1882. 96 S.

138) *Meteorologische Statistik* von Andermatt und Davos und Uebersichtsplan. Andermatt, Christen-Kesselbach. 14 S. 3 Abbildungen, 1 Plan, 1 Curventafel.

139) *Eichhorst*, Prof. Dr. *H.*, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. I. Band. gr. 8°. 1024 S. und 143 Holzschn. Wien, Urban & Schwarzenberg.

140) *Vormann W. H.*, Davos its Local, Physikal and Medical Aspects. A practical Handbook for Physicians and Patients. 8°. 80 S. geb. London, Provost & Co., 1882.

141) *Wiener Klinik* 1882, 8./9. Heft. Wien, Urban & Schwarzenberg. Inh.: *Podhajsky*, Dr. *V.*, Zur Aetiologie der acuten Exantheme.

142) *Darwinistische Schriften* Nr. 14, von *S. Philipp*, Ueber Ursprung und Lebenserscheinungen der thierischen Organismen. 8°. 179 S. Leipzig, Ernst Günther's Verlag.

143) *Frerichs, Ernst*, Beiträge zur Lehre von der Tuberculose. Mit 3 lithogr. Tafeln. 8°. 183 S. Marburg, Elwert. Preis Fr. 4. 80.

144) *Zeissl*, Prof., Lehrbuch der Syphilis und der mit dieser verwandten örtlichen venerischen Krankheiten. IV. Aufl. gr. 8°. 764 S. Stuttgart, Ferd. Enke.

[1]) Vergl. *Hagenbach*, eine Epidemie von Icterus catarrhalis in Basel. Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte 1875, pag. 545.

145) *Politzer*, Dr. *Ad.*, Lehrbuch der Ohrenheilkunde für practische Aerzte und Studirende. II. Band. Mit 152 Holzschnitten. 8°. 500 S. Stuttgart, Ferd. Enke.

146) *Voltolini*, Dr. *R.*, Die acute Entzündung des häutigen Labyrinthes des Ohres irrthümlich für Meningitis cerebrospinalis epidemica gehalten. 8°. 80 S. Breslau, E. Morgenstern. Preis Fr. 2. 15.

147) *Hæser*, Prof. *H.*, Lehrbuch der Geschichte der Medicin. 3. Aufl. III. Band. Gesch. der epidem. Krankheiten. 8°. 995 S. Jena, Gustav Fischer.

148) *Ungar*, Ueber die Bedeutung der *Leyden*'schen Crystalle für die Lehre vom Asthma bronchiale. Vortrag. Sep.-Abdr.

149) *Parreidt*, *Jul.*, Zahnärztliche Mittheilungen aus der chirurg. Universitätsklinik zu Leipzig. 8°. 120 S. Leipzig, Arth. Felix.

150) *Wreden*'s Sammlung kurzer medicinischer Lehrbücher, VI. Band, enthaltend: *Baginsky*, Lehrbuch der Kinderkrankheiten für Aerzte und Studirende. 8°. 788 S. Braunschweig, Fr. Wreden.

151) *Volkmann*'s Sammlung klinischer Vorträge. Leipzig, Breitkopf & Härtel.
Nr. 219, *Martin*, Drainage bei peritonealen Operationen.
Nr. 220, *Rydygier*, *L.*, Ueber Pylorusresection. Mit 2 lith. Tafeln.
Nr. 221, *Volkmann*, *R.*, Die moderne Chirurgie.

152) *Schuler*, Dr., eidg. Fabrikinspector, Ueber die Ernährung der Fabrikbevölkerung und ihre Mängel. I. Ref. f. d. Jahresvers. der schweiz. gemeinn. Gesellschaft. 54 S. Zürich, J. Herzog, 1882.

Briefkasten.

Durch Vermittlung der Redaction können Collegen frisches Fleisch eines stark *trichinös* inficirten Schweines unentgeltlich (50 Cts. für Einpacken und Porto beilegen) beziehen.

Wir bitten um die noch ausstehenden *Studentenfrequenzen.*

CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Am 1. und 15. jedes Monats erscheint eine Nr. 1½—2 Bogen stark; am Schluss des Jahrgangs Titel u. Inhaltsverzeichniss.

Preis des Jahrgangs Fr. 10. — für die Schweiz; der Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile. Die Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Prof. Alb. Burckhardt-Merian in Basel. und **Dr. A. Baader** in Basel.

N°. 24. XII. Jahrg. 1882. 15. December.

Zum Jahresschluss.

Indem wir diese Nummer hinausschicken, schliessen wir den XII. Jahrgang unseres Blattes, und so mag es, der Sitte gemäss, der Redaction erlaubt sein, ein kurzes Wort derselben mitzugeben.

Der Rückblick, den wir Schweizer Aerzte heute dem scheidenden Jahre widmen, weckt in uns gemischte Gefühle. Neben der Freude, dass die Collegen Tessins sich als cantonale ärztliche Gesellschaft constituirt haben, und dass somit auch dieser Canton einem der beiden ärztlichen Centralvereine, welche die gemeinsame Aerztecommission wählen, beitreten wird, stimmt uns der 30. Juli mit seinen 253,968 Nein (gegen 67,820 Ja), welche das eidg. Seuchengesetz, die Frucht jahrelanger Arbeit, verworfen haben, herab und mahnt uns an so manche andere Enttäuschung.

Es ist heute nicht der Augenblick, all' die Gründe klar zu legen, welche diesen bemühenden Volksentscheid veranlasst haben; auch widerspricht es unseren Anschauungen und Traditionen, mit einem herzlosen „habeat sibi“ gegenüber der irregeleiteten Menge sich abseits zu stellen und ruhig zu warten, bis die Epidemien, speciell die Blattern, unbekümmert um die cantonalen Grenzlinien, ihren vernichtenden Einzug bei uns gehalten haben; es tritt uns im Gegentheil die ernste Pflicht entgegen, dass Jeder innerhalb seines Cantones nach besten Kräften dafür wirke, die zur Zeit bestehenden Verordnungen und Gesetze über Seuchenprophylaxe und Gesundheitspolizei überhaupt verbessert und den heutigen Anforderungen entsprechend auch energisch durchgeführt zu sehen. Auf diesem Boden ist noch Vieles zu thun und, wenn es auch heute wenig dankbar erscheint, derartige Anregungen in die hochgehenden Wogen politischer Parteikämpfe hineinzuwerfen, so mag das Bewusstsein treuer Pflichterfüllung und die wärmste Anerkennung der Collegen diejenigen ermuthigen und unterstützen, die auf diesem Felde thätig eingreifen.

Wir hoffen, da dermalen auf dem Gebiete der Bundesgesetzgebung überhaupt



und speciell für die hygieinischen Bestrebungen wenig Aussichten auf erfolgreiches Vorgehen vorliegen, dass in den Cantonen dafür um so thätiger gearbeitet werden möge. Dazu soll vor Allem das Correspondenz-Blatt mitarbeiten, indem es als treuer Chronicist Mittheilung bringt von Allem, was in den einzelnen Cantonen auf diesem Gebiete geleistet wird.

Damit uns das möglich sei, bedürfen wir auch im kommenden Jahre der treuen Unterstützung der Herren Collegen, die uns durch fleissiges Einsenden von Correspondenzen in den Stand setzen, ein klares Bild von dem Leben in den verschiedenen Cantonen zu zeichnen.

Es drängt uns, heute am Jahresschluss den Mitarbeitern allen, die durch Einsendung von Originalarbeiten, Vereinsberichten, Referaten und Correspondenzen es uns ermöglicht haben, dem uns vorschwebenden Ziele nahe zu kommen, unseren besten Dank auszusprechen; mögen sie auch im kommenden Jahre uns mit derselben Treue zur Seite stehen!

Original-Arbeiten.

Kindsmord oder natürlicher Tod?

Aus der gerichtsärztlichen Praxis von **A. Zürcher**, Adjunct, in Aarau.

In Nr. 20 des Corresp.-Blattes finde ich eine Inhaltsübersicht der Abhandlung Dr. *Rembold*'s „über Verletzungen des Kopfes und der Glieder durch den Geburtsact selbst u. s. f. und deren gerichtsärztliche Bedeutung“. Mit Bezug auf die hier erwähnten „durch Blutstauung, Berstung und Zerreissung von Gefässen während des Geburtsactes hervorgerufenen Hyperämien und Hämorrhagien in der Schädelhöhle, die schon während der Geburt oder dann nachher den Tod herbeiführen können“, möchte ich eines jüngst im Gerichtsbezirk Aarau beobachteten Falles, in welchem ich als Adjunct des Bezirksarztes, Herrn *Weber*, zu fungiren hatte, erwähnen, wo aus dem pathologisch-anatomischen Befund nicht zu entnehmen war, ob die pericraniellen und intermeningealen Hämorrhagien während oder nach der Geburt eingetreten seien, weil ähnliche Veränderungen auf der Schädelkapsel und innerhalb ihrer Höhle ebenso durch den natürlichen Geburtshergang, wie durch Verletzungen des Kopfes nach der Geburt hervorgebracht werden können. Diese Aehnlichkeit des Befundes nach verschiedener ursächlicher Einwirkung kann deshalb unter Umständen zu falschen Deutungen der Sachlage und unberechtigten gravirenden Anklagen führen. Es ist darum die genaue Kenntniss der durch den Geburtshergang möglichen Veränderungen am Kopfe des Kindes, wie schon *Casper* betonte und auch oben citirte Abhandlung *Rembold*'s neuerdings urgirt, von hoher Bedeutung für den Gerichtsarzt.

Jgfr. M. W. in Suhr, 27 Jahre alt, gebar nach planmässig verheimlichter Schwangerschaft am 29. August, Abends 6 Uhr, in ihrem Zimmer heimlich ein Kind. Die auf Gerüchte über den Zustand der M. W. am folgenden Tage in's Haus kommende Hebamme fand, nach anfänglich verweigerter Untersuchung, dass sie eine frische Wöchnerin vor sich habe, der sie sogar noch die Placenta zu entfernen in die Lage kam. Nach dem Kinde gefragt, holte die M. W. nach langem Zögern die in einen Unterrock gewickelte Kindesleiche, die neben ihr im Bette lag, unter der Decke hervor.



Die gerichtsärztliche Untersuchung der Wöchnerin und der Kindesleiche ergab am 31. August Folgendes:

Kräftige Weibsperson mit normalen Beckenverhältnissen, bei subjectivem Wohlbefinden, ruhigem Pulse und normaler Temperatur, im Uebrigen mit allen Zeichen einer frischen Wöchnerin. Scheideneingang stellenweise sugillirt, ein frischer Dammriss von 2 cm. Länge. Die Untersuchte gibt an, bis vor zwei Tagen vor ihrer Niederkunft Kindesbewegungen, seither aber keine mehr verspürt zu haben (?). Am 29. August hätten sich gegen Mittag Krämpfe und Stuhldrang eingestellt, nachdem bereits am Morgen Blutspuren an den Geschlechtstheilen aufgetreten seien. Die Untersuchte will abwechselnd während der Wehen im Bette gelegen und stehend mit dem Bauche und Oberkörper vornüber an das Bett gelehnt haben. Abends zwischen 5 und 6 Uhr erfolgte die Geburt eines Kindes mit vorliegendem Kopfe.

Die M. W. will das Kind bei und nach der Entwicklung des Kopfes zuerst am Kopfe und dann am Halse gefasst und herauszuziehen versucht haben. Das Kind soll aber auf diese Weise nicht herausbefördert worden, sondern beim Aufrichten des Körpers spontan auf den Bretterboden des Zimmers gestürzt sein. Wie dem Kinde die Nabelschnur durchtrennt worden, will die Untersuchte nicht wissen. Nach ca. 5 Minuten der Erholung von den Schmerzen habe sie das Kind todt vom Boden aufgehoben, in einen Unterrock gewickelt und zu sich in's Bett gelegt, angeblich, um es als todte Frucht durch die Hebamme dem Todtengräber überbringen zu lassen. Das Kind soll nach ihrer Angabe nicht geathmet und gelebt haben.

Die Untersuchung der Leiche ergibt im Wesentlichen Folgendes:

Weibliche Frucht von 3050 grmm. Gewicht mit schlaffer welker Haut, an den untern Extremitäten mit Meconium verunreinigt, ohne Todtenstarre. Die Haut des Gesichtes, der Brust, der rechten Hälfte des Stammes und der beiden untern Extremitäten blau verfärbt. Lippen trocken, cyanotisch. An der linken Seite der Nasenwurzel eine kleinbohnengrosse blaurothe, eingetrocknete Hautschürfung. An der vordern Seite des Halses und unter dem Kinn mehrere geröthete bogenförmige Linien, offenbar Spuren eingedrückter Fingernägel. Gut entwickelte gewölbte Brust, Unterleib eingesunken. Nabelschnurrest von $5^1/_2$ cm. Länge, in der Mitte zwischen Schwertfortsatz und Schambeinfuge. Das Ende der Schnur unregelmässig zackig gerissen. Das Verhalten der Haare und Nägel, der Geschlechtstheile, des Epiphysenkerns, Gewicht und Maasse des Körpers und Kopfes sprechen alle gleichmässig für ein ausgetragenes, reifes, wohl entwickeltes und zudem kräftiges Kind.

Beim Ablösen der Kopfschwarte zeigt sich über das ganze Schädeldach verbreitet eine starke Blutsugillation, die am stärksten längs der Hinterhaupts- und Kronennaht. Starke Kopfknochen, an den Nahtstellen etwas aneinander geschoben, grosse Fontanelle kaum mehr als solche erscheinend. Dura mater fest mit der Innenfläche des Schädels verwachsen, ihre Gefässe sehr blutreich. Sinus longitudinalis enthält schwärzliches flüssiges Blut. Pia sehr blutreich, auf beiden Seiten der Grosshirnhemisphären, rechts hinunter bis zum Schläfelappen, stellenweise Auflagerungen von schwarzem geronnenem Blut. Gehirnsubstanz so feucht und weich, dass sie beinahe zerfliesst. Auf den Durchschnitten zahlreiche Blutpuncte. Aus dem Wirbelcanal fliesst eine ziemliche Menge blutiger Flüssigkeit. Bei Eröffnung der Brusthöhle zeigt sich das linke Schlüsselbein nahe am Sternoclaviculargelenk gebrochen und seine Umgebung blutsugillirt. Das Zwerchfell steht beiderseits in der Höhe zwischen 4. und 5. Rippe. Herzbeutel enthält etwas klares Serum, keine Ecchymosen; Herzfleisch derb, blassroth, Herzhöhlen enthalten theils wenig, theils gar kein geronnenes Blut. Kehlkopf und Luftröhre leer, Schleimhaut derselben blass, ohne Ecchymosen. Pleurahöhlen leer, Pleuren nicht injicirt, ohne Ecchymosen. Lungen blassroth, fühlen sich lufthaltig an, die einzelnen Alveolen deutlich sichtbar. Lungen in Verbindung mit Herz und Thymusdrüse erhalten sich schwimmend an der Oberfläche des Wassers, natürlich auch beide Lungen allein und jede getrennt für sich. Beim Durchschneiden der einzelnen Lungenlappen deutliches Knistern unter dem Messerzuge. Auf den Durchschnitten lässt sich Blut und Schaum auspressen. Comprimirt man Stücke der Lunge unter Wasser, so steigen deutlich Luftblasen an die Oberfläche empor. Alle Stücke der verkleinerten Lunge schwimmen auf dem Wasser. Uebrige Organe bieten nichts Bemerkenswerthes. Die noch vorhandene wohl ausgebildete Placenta mit voll-

ständigem Eihautsack zeigt eine Nabelschnur von 52 cm. Länge mit dem andern deutlich gerissenen und gezackten Endtheil.

Aus diesem Befund ergibt sich, dass das obducirte Kind ein neugeborenes, ausgetragenes, reifes und zugleich lebensfähiges war, aus dem Verhalten des Brustkorbes, des Zwerchfellstandes und der vollständig lufthältigen Lungen, dass das Kind nach der Geburt geathmet und gelebt hat.

Welches ist nun die Ursache des Todes? Kann sie bedingt sein durch die Selbsthülfe der Kreissenden, durch das Anpacken des Kopfes und Umfassen des Halses mit ihren Händen und die jedenfalls schonungslosen Extractionsversuche, wobei es ohne Dehnen, Zerren und Würgen des Halses nicht abgegangen sein wird, also durch Erstickung? So roh es auch nach den bei der äussern Inspection der Leiche constatirten Spuren der Fingerkuppen und Nägel auf der Haut des Gesichts und Halses und dem Bruch des linken Schlüsselbeins hergegangen sein mag, Zeichen eines Erstickungstodes finden sich weder in Form der bei Neugeborenen häufigen punctförmigen Ecchymosen auf den Pleuren, am Herzbeutel, den grossen Gefässen, weder im Verhalten der Herzhöhlen und Lungen, noch des Kehlkopfs und der Luftröhre. In solchen Fällen von Selbsthülfe handelt es sich auch mehr um Dehnung als Compression des Halses, die dem Leben des Kindes als solche nicht gefährlich wird. [1]) Erstickung des Kindes in Folge von Selbsthülfe der Mutter kann also als Todesursache ausgeschlossen werden.

Es bleibt demnach blos übrig das Trauma durch den Kindessturz oder durch die Compression des Kopfes im Beckencanal während der Geburt, resp. Gehirnlähmung durch Hyperæmie, Bluterguss und Druck desselben auf die Hirnoberfläche. Die Möglichkeit, dass das Kind, nachdem die Schultern einmal entwickelt waren, aus dem Schoosse der Mutter zu Boden gestürzt, lässt sich, obgleich kein Zeichen äusserer Gewalteinwirkung an der Kopfhaut und keine Fissuren der Kopfknochen vorhanden, nicht in Abrede stellen. Die gezackt gerissenen Ränder der Nabelschnur an beiden Enden geben sogar eine Wahrscheinlichkeit dafür. Dagegen lässt sich, was die ausgedehnten Blutsugillationen auf der Innenfläche der Kopfschwarte, auf dem Pericranium, sowie die intrameningealen Blutergüsse betrifft, die dem geronnenen Zustande des Blutes zu entnehmen, noch am lebenden Kinde erfolgt sein mussten, nicht feststellen, ob sie das Product des angegebenen Kindessturzes oder der Compression des Kopfes während der Geburt sind, da der reine Obductionsbefund in beiden Fällen der gleiche ist. [2])

Das gerichtsärztliche Gutachten lautete deshalb dahin, dass

1) der Tod in Folge von Hyperæmie des Gehirns, der Meningen und der Blutungen der Pia erfolgt sei;

2) dass die wahrscheinlichere Ursache dieser Veränderungen in der Schädelhöhle, wie am Kopfe überhaupt, im Geburtshergang einer Erstgebärenden zu suchen sei, die Veränderungen durch den Sturz des Kindes jedoch allerdings gesteigert werden konnten;

3) dass sich aus der Obduction keine Anhaltspuncte für absichtliche Schädi-

---

[1]) Handb. d. gerichtl. Medicin, herausgegeben von *Maschka: Skrzeczca*, Kindesmord, pag. 942.
[2]) Handb. d. gerichtl. Medicin von *Casper-Liman*, 5. Aufl., pag. 990.





gungen des Kopfes ergeben, welche diese Blutüberfüllung haben herbeiführen helfen;

4) dass die Hautschürfungen und Fingereindrücke am Halse und Kopfe am eingetretenen Tode keinen Antheil haben, sondern durch die Selbsthülfe bei der Geburt entstanden seien, und

5) dass diese Schädigungen als absichtliche, das Leben des Kindes bedrohende angesehen werden müssen, dafür gebe das Obductionsprotocoll keine Anhaltspuncte.

Die Angeklagte wurde denn auch nicht in criminellem, sondern einfach wegen verheimlichter Schwangerschaft und Niederkunft in zuchtpolizeilichem Verfahren zu sechsmonatlicher Gefängnissstrafe abzüglich der ausgestandenen Untersuchungshaft und zu den Kosten ihres Processes verurtheilt.

Zwei Fälle acuter Bulbärmyelitis.

Von **Paul Etter**, Arzt in Berg, Ct. Thurgau.

(Schluss.)

II. Fall. Anamnese. Junge von 15 Jahren, Büchervertrager, bei seiner Beschäftigung mannigfachen Unbilden der Witterung ausgesetzt und schlecht genährt. Doch kann für die jetzige Erkrankung durchaus keine besonders wichtige Gelegenheitsursache aufgefunden werden. Pat. war in seinem Leben schon viel krank, machte als Knabe die Masern, dann Scharlach und verschiedene Anfälle von Halsbräune durch; im 12. Jahre soll er eine Lungenentzündung gehabt haben. In den letzten drei Jahren war er ordentlich gesund. Ein Trauma, das mit der jetzigen Affection in Beziehung gebracht werden könnte, hat Pat. nie erlitten.

Dieselbe begann vor 6 Tagen. Der Junge erwachte, nachdem er sich noch Abends zuvor gesund und wohl zu Bette gelegt hatte, Morgens 5 Uhr mit einem unbestimmten Unwohlsein, von dessen Symptomen er noch hervorheben kann: ein nicht sehr intensives Kopfweh und Brechreiz, ohne dass es zum Erbrechen kam. Er blieb im Bette liegen, da es ihm bei einem Versuche aufzustehen, schwindlig wurde. Frösteln hatte er nicht; ob Fieber, ist ungewiss. Zum Frühstück trank er Kaffee. Den Tag über trat kein neues Symptom auf, als etwas Trockenheit im Rachen und ein Gefühl, das ihm wie eine Halsentzündung vorkam.

Am zweiten Tage nach einer ordentlich verbrachten Nacht Morgens 6 Uhr war der Brechreiz wieder da, und es kam zum Erbrechen des Tags vorher Genossenen, welches nach der Aussage der Angehörigen nicht verdaut war. Den Tag über fühlte Pat. ein sonderbares Würgen und Ziehen im Halse, entlang beiden Sternocleidom. und zu beiden Seiten des Larynx, auch etwas Schmerz von beiden Kieferwinkeln nach den Schläfen hinauf, konnte schlucken, aber etwas langsam und ungeschickt, behauptete, er habe die Halsentzündung. Zu gleicher Zeit fühlte er eine sonderbare Pression auf der Brust.

Der dritte Krankheitstag brachte keine neuen Symptome ausser Fieber, Frösteln, Hitze, Durst und ein schmerzhaftes Muskelziehen im Nacken und den ganzen Rücken hinab. Die folgende Nacht war in Folge dieser nicht sehr schmerzhaften, aber doch sehr unangenehmen Gefühle schlaflos und am Morgen des vierten Krankheitstages stellte sich wieder zwei Mal Erbrechen ein. Das Kopfweh war geringer; das Bewusstsein immer ungestört. Ob Fieber vorhanden war, ist ungewiss. Die genannten subjectiven Gefühle blieben auch an diesem Tage vollkommen gleich; dagegen fühlte sich Pat. im Allgemeinen viel schwächer, soll um den Mittag sich kaum auf den Beinen haben halten können, habe ungeschickte Bewegungen beim Essen gemacht, immer über Schluckbehinderung wegen seiner Angina geklagt, sich auch beim Wassertrinken einige Male verschluckt, worauf er dann lange hustete. Etwas Kopfweh und die unangenehmen Spannungsgefühle in Hals, Nacken und gegen die Schläfen hinauf dauerten fort. In der Nacht vom 4. auf den 5. Tag habe Pat. eine sehr heisse Haut gehabt.



Am fünften Tage war der Zustand im Allgemeinen gleich, mehrere Male Verschlucken und Husten, viel Kopfschmerz, träges, schläfriges Wesen, grosse Müdigkeit in allen vier Extremitäten. Doch konnte Pat. stehen und gehen. Auf einen laxirenden Thee hatte er mehrere Stühle, ohne Erleichterung dadurch zu verspüren, zwei Mal Erbrechen. Es kam der Schwester vor, Pat. sei nicht recht bei Besinnung. Derselbe soll mit dem Munde oft sonderbare Bewegungen, Pfeifbewegungen und dergl. gemacht haben. Daneben viel Räuspern und Spucken. Kein wesentlicher Husten. Appetit null, dagegen Durst. Beim Aufstehen hielt Pat. den Kopf steif, angeblich wegen des Kopfwehs. In der Nacht vom 5. auf den 6. Krankheitstag war Pat. ziemlich ruhig; keine Delirien. Die Haut soll nicht abnorm heiss gewesen sein. Pat. liess aber den Urin in's Bett. Am Morgen war er matt und müde, aber besinnlich, gab auf alle Fragen richtige Antwort und gab an, wenig Kopfweh, überhaupt wenig schmerzhafte Empfindungen zu haben.

Status am 6. Krankheitstage, Vormittags:

Schwächlicher, magerer Junge, liegt matt und müde im Bette, zeigt in seiner allgemeinen Erscheinung nichts Besonderes, kein Icterus, keine Cyanose, keine Oedeme. Pat. kann nur mit Mühe gehen, hält den Kopf etwas steif und etwas hintenüber geneigt, ist offenbar allgemein schwach und kraftlos.

Psychisches Verhalten vollkommen normal. Pat. hat alles Vergangene gut in Erinnerung, speciell Zeit und Art der Erkrankung. Sein Gedankenablauf ist prompt und sicher, die Urtheilskraft ungeschwächt.

Pat. hat jetzt nur sehr wenig Kopfweh, zeitweise etwas Schwindel, der aber kaum einige Secunden dauert, etwas Ohrensausen.

Motilität: Alle vier Extremitäten werden normal im Bette bewegt. Die Kraft aller Glieder ist offenbar in mässigem Grade abgeschwächt; doch kann Pat. gehen, wenn auch wegen leicht auftretenden Schwindels etwas schwankend. Händedruck ist beiderseits gleich, aber schwach; nichts Atactisches in den Armen. Pat. kann auch schreiben; doch tritt dabei leichter Schwindel auf.

Facialis. Es ist höchst auffallend, dass die Bewegungen in beiden Facialisgebieten schwach und unvollkommen sind. Nur mit grösster Mühe bringt Pat. ein leichtes Stirnrunzeln zu Stande (kein Unterschied zwischen beiden Seiten); der Augenschluss kann nicht mit voller Kraft vollführt werden (beiderseits gleich); die Nasenäste erscheinen am wenigsten paretisch; dagegen in höherem Grade die Mund- und Kinnäste. Pat. kann nicht pfeifen; er bringt die trichterförmige Mundstellung nicht zu Stande, kann die Mundwinkel nur mit sehr geringer Kraft nach aussen und oben ziehen; einseitige Willkürbewegungen bringt er gar nicht zu Stande. Diese Abnormität soll — wie die Umgebung angibt — in der Nacht vom 5. auf den 6. Krankheitstag eingetreten sein. (Gleichmässige Parese beider N. faciales.)

Oculomotorius — Abducens. Keine Anomalien. Die Augen werden nach allen Richtungen ohne alle Schwierigkeit bewegt; kein Strabismus; kein Doppelsehen. Pupillenreaction gut. Pupillen mittelweit. Keine Ptosis; Oeffnen der Augen gänzlich unbehindert.

Hypoglossus. Zunge geht schief nach links; linker Hypoglossus paretisch, übrigens auch der rechte schwach. Zunge kann nur mit grösster Mühe über die Oberlippe nach oben, über die Unterlippe nach unten bewegt und schnelle seitliche Excursionen können auch nicht gemacht werden.

Beim Schlucken von Flüssigkeiten macht Pat. allerlei sonderbare Bewegungen mit Kopf und Hals, würgt und hat offenbar die allergrösste Mühe, eine willkürliche Schluckbewegung zu Stande zu bringen. Es fliessen dabei einige Tropfen Flüssigkeit aus der Nase heraus. Nachdem einige Schluckbewegungen gelungen sind, verschluckt sich Pat. plötzlich, hustet lange, aber kräftig und erklärt dann, er habe zwar Durst, wolle aber wegen dieses Hustens absolut kein Wasser mehr. In Milch geweichtes Brod wird mit einiger Anstrengung geschluckt, und Pat. beschränkt sich daher auf diese Nahrung.

Das Velum ist paretisch; Uvula gerade. Die Bewegungen des Velum sind hochgradig reducirt; es hebt sich nicht beim Intoniren, legt sich nicht an die hintere Rachenwand an. (Uvula und Gaumenbögen sind geröthet, leicht mit Schleim belegt; viel Räuspern und Spucken.) In der letzten Nacht hat Pat. auch während seines unterbrochenen Schlafes stark geschnarcht.

Die Sprache ist nach Angabe der Angehörigen seit heute Morgen abnorm. Mässige

Articulationsstörung, wobei namentlich Lippen- und Zungenlaute ungeschickt und verstümmelt modulirt werden. Daneben Verlangsamung des Sprachvorgangs.

Die Stimme ist näselnd und etwas heiser.

Husten und Niessen sind kräftig. Pat. hat keine Parese der Sternocleidom. und der Rippenheber überhaupt. Zwerchfellaction normal; desgleichen die Action der Bauchmuskeln.

Respiration normal, 14 circa. Keine subjective Dyspnœ.

Blase und Rectum normal.

Also: beide Faciales gleichmässig paretisch; beide Hypoglossi paretisch, der linke mehr; Schluckreflex langsam; willkürliche Beschleunigung desselben nicht möglich; Velum paretisch; Sprache den Paresen der Nerven entsprechend gestört.

Sensibilität. Leichte Cephalalgie, etwas Schwindel, wie oben bemerkt.

Schmerz- und Tastempfindung am ganzen Körper (Gesicht, Rumpf, Extremitäten) vollkommen ungestört; ebenso die Sensibilität der Mucosæ (Conjunctivæ, Nasen-, Mund-, Schlundschleimhaut) gänzlich normal.

Pat. sieht vollkommen gut. Accommodation ungestört. Untersuchung der Retina ergibt Nichts.

Pat. hört an beiden Ohren trotz etwas Ohrensausens ganz gut.

Geruch- und Geschmackvermögen ungestört.

Die Paræsthesien im Rachen und Nacken, sowie der Druck auf der Brust haben seit gestern eher etwas nachgelassen; am unangenehmsten wird noch das Ziehen im Nacken empfunden.

Nachzutragen ist, dass irgend eine Muskellähmung an Nacken-, Rücken-, Scapularmuskeln nicht aufgefunden werden konnte.

Die Untersuchung der Lunge bleibt ohne wesentliches Resultat.

Am Herzen nichts Pathologisches.

Unterleib normal; keine Koprostase. Milz nicht vergrössert.

Urin normal.

Temperatur 38,2°. Puls 104, klein.

Pat. hat bedeutende Tendenz zum Schwitzen, an allen Körperstellen ungefähr gleich, auch im Gesicht.

Temperatur Abends 38,4°. Puls 106.

Siebenter Krankheitstag. Pat. hat in der Nacht wenig geschlafen. Temperatur heute 37,8°. Puls 106, klein.

Sensorium normal, kein wesentliches Kopfweh, aber wieder etwas mehr Schwindel.

Extremitäten, Rumpf-, Hals-, Nackenmuskeln, Respiration wie gestern; keine Dyspnœ.

Gesicht leicht livid, etwas gedunsen.

Augenmuskeln ganz frei. Keine Ptosis, kein Strabismus. Pupillen mittelweit, von guter Reaction; an der Retina Nichts.

Der rechte Facialis befindet sich im gleichen Zustande wie gestern, der linke ist mehr gelähmt, so dass eine wesentliche Asymmetrie entsteht; der linke Mundwinkel hängt etwas mehr als der rechte, was bei Bewegungen sehr deutlich hervortritt. Diese vermehrte Parese des linken Facialis bezieht sich auf alle Aeste; auch die Stirnbewegungen, Nasenbewegungen und der Augenschluss sind jetzt links bedeutend schwächer.

Zunge ungefähr wie gestern, geht nach links; eine Zunahme der Unbehülflichkeit ist nicht constatirbar.

Auch das Velum ist nicht stärker paretisch als gestern.

Aber mit dem Schlucken geht es schlechter. Pat. verschluckt sich beinahe bei jeder Portion Flüssigkeit. Der sich durch die Nase ergiessende Antheil ist grösser. Weiche Bissen werden mit Mühe geschluckt.

Die Sprache ist bezüglich der Articulation ungefähr gleich, aber mehr näselnd, und die Heiserkeit hat zugenommen. Vermittelst der Laryngoscopie beobachtet man eine Schwerbeweglichkeit beider Stimmbänder, und zwar bewegen sich beide gleich.

Es scheinen sich somit die Paresen mehr auf die linke Seite zu concentriren.

Es wird auf eine Affection der Medulla oblongata geschlossen, namentlich in der Ebene des Facialis und Hypoglossus; eine genauere diagnostische Präcision wird nicht gewagt.

Die Sensibilität ergibt sich auch heute als vollkommen normal am ganzen Körper und an allen Schleimhäuten.

Temperatur Abends 38,7°; Puls 108, klein.

Achter Krankheitstag. Temperatur 38,6°; Puls 110, klein. In der Nacht war. Pat. etwas unruhig, soll delirirt haben. In der That ist sein Sensorium heute Morgen nicht ganz sauber; Pat. delirirt zwar nicht, sieht Einen aber sehr verwundert an, kann sich nicht recht erinnern, nicht recht Auskunft geben und begreift offenbar die Situation nicht genau. Pat. hat immer noch etwas Kopfweh und zeitweise Schwindel. Er klagt darüber, dass er die Gegenstände doppelt sehe, und hat in der That eine Parese des linken Abducens; das linke Auge weicht bedeutend nach innen ab. Der rechte Abducens, sowie alle andern Augennerven sind völlig intact, Pupillen mittelweit, gleich; keine Ptosis; an der Retina Nichts. Augenschluss sehr unvollständig, so dass eine einige Millimeter breite Spalte bleibt. Beide Conjunctivæ sind etwas geröthet.

Facialis rechts wie früher; links aber mehr paretisch, und zwar in allen Aesten: Stirne linkerseits fast ganz unbeweglich; das linke Auge kann noch weniger geschlossen werden als das rechte; linker Nasenflügel gänzlich, linker Mundwinkel beinahe gänzlich unbeweglich.

Zunge geht nach links. Die Hypoglossuslähmung hat nicht wesentlich zugenommen.

Auch das Schlucken ist nicht schlechter, immerhin schlecht genug; Flüssigkeiten regurgitiren theilweise durch die Nase, theilweise fallen sie in den Larynx.

Aber die Sprache ist schlechter, beinahe lallend; die Lippenlaute fallen fast ganz aus; einzelne Linguales sind ebenfalls höchst undeutlich. Näseln ist unverändert; die Heiserkeit beinahe zur Aphonie geworden.

Das Velum verhält sich ungefähr wie früher.

Die fatalste Veränderung beschlägt aber die Mm. Sternocleidom., Cucullares und Scaleni. Das Husten des Pat. ist weniger kräftig. Eine ordentliche Feststellung des Thorax zur Einleitung des Hustens kann nicht mehr geliefert werden. Die Muskeln sind schwach. Ebenso wenig kommt ein genügender Glottisschluss zu Stande; der Husten ist kraftlos, heiser. Es wird jetzt übrigens nicht mehr blos beim Verschlucken, sondern auch sonst gehustet.

Respiration 20, regulär; keine wesentliche subjective Dyspnœ.

Bauchmuskeln contrahiren sich. Extremitäten frei.

Die Affection der Medulla oblong. ist nach oben in's Abducens-, nach unten in's Accessoriusgebiet vorgeschritten.

Kaumuskeln sind nicht paretisch.

Untersuchung der Organe ergibt Nichts; aber Eiweiss im Urin, kein Sediment.

Blase und Rectum frei.

Temperatur Abends 39,0°; Puls 116, klein, regulär.

Neunter Krankheitstag. Nacht war ruhig, doch viele leise Delirien. Pat. ist auch heute nicht besinnlich, hat kein deutliches Bewusstsein seines Krankseins. Kopfweh scheint gering. Temperatur 38,2°; Puls 120, klein, regulär.

Sofort fällt auf, dass Pat. cyanotischer ist als früher. Er schwitzt auch, im Gesichte namentlich, doch auf beiden Seiten gleich. Respiration ist beschleunigt, aber regelmässig, 24.

Pat. kann nicht laut rufen; seine Stimme ist eine Art Meckern, gleichzeitig stark näselnd. Pat. kann auch nicht ordentlich husten; der Hustenstoss ist insufficient. Das Zwerchfell ist in seiner Thätigkeit ungehemmt, auch die Bauchmuskeln nicht gelähmt. Die Insufficienz des Hustens rührt her von der Unmöglichkeit, den normalen Glottisschluss zu Stande zu bringen, sodann von der Parese der Thoraxheber. Denn diese sind heute mehr gelähmt als gestern, namentlich die linksseitigen.

Pat. kann auch den Kopf nur mit grösster Anstrengung nach beiden Seiten drehen. Setzt man den Pat. auf, so sinkt der Kopf nach vorne und kann nur mit grösster Anstrengung etwas gehoben werden. Es sind also auch die Nackenmuskeln wesentlich geschwächt.

Kiefermuskeln nicht gelähmt. Extremitäten werden alle bewegt.

Die Lähmungen im Gesichte sind stärker: linker Abducens ganz gelähmt, sehr starker Strabismus convergens. Das rechte Auge weicht etwas nach aussen ab, so dass eine



leichte Schwäche im rechten Rectus internus angenommen werden muss. Sonst sind alle Oculomotoriusäste an beiden Augen intact.

Linker Facialis ganz und in allen Aesten gelähmt, von Stirn bis Kinn. Die faradische Contractilität ist erhalten, aber sie scheint abgeschwächt. Genaue Untersuchungen über die verschiedenen Stromarten und das Zuckungsgesetz liegen leider nicht vor.

Rechter Facialis paretisch in allen Aesten; doch sind noch in allen Gebieten leise Willkürbewegungen möglich. Rechts sind Reflexe vorhanden, aber schwach und langsam, links keine. In Folge der Ungleichheit der Lähmung ist eine bedeutende Asymmetrie des Gesichts vorhanden.

Beide Hypoglossi sind paretisch, der linke viel stärker. Zunge geht nach links.

Velum wie früher.

Flüssigkeiten werden gar nicht mehr geschluckt, da, wenn ein Versuch gemacht wird, die Hälfte aus der Nase stürzt und die andere Hälfte in den Larynx fällt und langdauernde, qualvolle, insufficiente Hustenstösse hervorruft. In Milch geweichte Semmel wird noch in kleinen Quantitäten geschluckt; doch würgt Pat. auch an einem kleinen Bissen lange herum, und heute fangen an einzelne Partien davon in den Larynx zu fallen. Es wird daher zur künstlichen Fütterung mittels des Catheters durch die Nase gegriffen, was auch vermittelst des *Gudden*'schen Handgriffes gut gelingt.

Die grössten Rückschritte hat die Sprache gemacht. Sie ist nur noch ein undeutliches näselndes Lallen. Labial- und Linguallaute sind keine mehr zu verstehen. Eine laryngoscopische Untersuchung gelingt wegen qualvollen Hustens nicht mehr.

An der Retina Nichts. Alle Sinne scheinen in Ordnung zu sein; der Geruchssinn bleibt zweifelhaft; aber sicher ist, dass der Geschmack auf der linken Zungenhälfte erhalten ist.

Alle sensibeln Oberflächen scheinen functionell intact. Der Zustand des Pat. verhindert ganz genaue Untersuchung.

Etwas Eiweiss im Urin.

Am Abend Temperatur 39,2°; Puls 120, klein.

Untersuchung der Lunge ergibt in den hintern untern Lungenpartien beiderseits sehr viel Rasselgeräusche, rechts ausserdem stark abgeschwächtes Athmen, keine Dämpfung.

Zehnter Krankheitstag. Der Zustand des Pat. wird immer schlimmer. Temperatur vacat, Puls 128, klein, regelmässig. Respiration 32, höchst oberflächlich, Rhonchis à distance hörbar, regelmässig, keine *Stokes*'sche Respiration.

Rechts hinten unten handbreite Dämpfungszone; daselbst Bronchialathmen; an dessen oberer Grenze sehr viele Rhonchi und abgeschwächtes Athmen bis zur Spina hinauf (Fremdkörperpneumonie?). Links das vesiculäre Athmen noch bis unten hörbar, doch viele Rhonchi. Pat. hustet viel, doch insufficient, so dass das Secret nicht in den Pharynx gelangt, sondern in Bronchien und Trachea liegen bleibt, woher das Rasseln.

Am Herzen Nichts.

Eiweiss im Urin. Urin wird theilweise in's Bett gelassen, doch blos wegen Benommenheit; Blase ist nicht gelähmt, auch das Rectum nicht.

Bauchmuskeln sind nicht gelähmt.

Alle Extremitäten werden bewegt.

Rechter Sternocleidom. Trapezius und Scaleni liefern noch schwache Contractionen; gar keine aber die entsprechenden linksseitigen Muskeln. Ueber die Nackenmuskeln ist schwer in's Reine zu kommen; jedenfalls sind sie hochgradig geschwächt, und zwar auf beiden Seiten gleich. Kaumuskeln nicht gelähmt.

Die übrigen Lähmungen sind ungefähr gleich geblieben: totale Lähmung des linken Abducens, schwache Parese des rechten Internus, totale Paralyse des linken Facialis, Parese des rechten Facialis, totale Lähmung des linken Hypoglossus, Parese des rechten Hypoglossus, Velumlähmung, Stimmbandlähmung, Lähmung der Muskeln der Epiglottis.

Pat. ist hochgradig schwach, unbesinnlich, merkt nicht auf, fixirt kaum, stöhnt, setzt allen Maassregeln keinen activen Widerstand entgegen.

Sprache wie gestern.

Schluckreflex sowohl als seine willkürliche Beherrschung scheint erloschen.

Abends Temperatur 39,8°; Puls 132, sehr klein, regelmässig. Totale Unbesinnlichkeit.

Tod in der Nacht vom 10. auf den 11. Krankheitstag.

Diagnose: Acute Bulbärlähmung, genauer: herdweise Entzündung in der Medulla oblongata aus unbekannter Ursache.

Obduction:

Es darf blos der Schädel geöffnet werden.

Schädeldach normal. Dura in mittlerem Grade blutreich. Sinus longitudinalis mit frischen Gerinnseln. Innenfläche der Dura glatt. Pia blos von mittelmässigem Blutgehalt, zart und glatt; keine Extravasate.

Basis des Hirnes normal. Pia zart und alle subpialen Räume frei von Exsudat. Olfactorius intact, Optici ebenso. Beide Oculomotorii gleich, rein weiss; beide Trigemini ebenso. Ponscontour normal; an der Oberfläche Nichts zu entdecken. Beide Abducentes gleich, keiner grau oder hyperämisch. Auch an den Faciales ist durchaus kein Unterschied zu entdecken, beide rein weiss. Desgleichen die Acustici. Ebenso wenig sind die Hypoglossi verändert, beide gleich und nicht grau. Dasselbe ist von den Vagi, Glossopharyngei und Accessorii zu sagen.

Die Medulla oblongata hat ganz normale Form, ist nicht asymmetrisch, nicht geschwellt, nicht abnorm weich und nicht abnorm hart. Auch im vierten Ventrikel ist keine wesentliche Abnormität zu entdecken; Striæ acusticæ sehr schön entwickelt. Auch die Pia ist zart. Kein Bluterguss. Keine Exsudation.

Cerebellum intact.

Hirnrinde blass, weich; weisse Substanz etwas ödematös, blutarm; die Ganglien normal, Schläfe- und Stirnlappen ebenso; genaueste Durchmusterung der Hemisphären ergibt nichts.

Einige Schnitte werden am frischen Präparat durch den Pons und die Medulla oblongata gelegt. Man sieht nichts Auffallendes, keine wesentliche Hyperæmie, keine Erweichung, keine unzweifelhaften Verfärbungen; die grauen Substanzen scheinen von normaler Form und Consistenz.

Nach der Erhärtung in doppeltchromsaurem Ammoniak und Anlegung von Schnittebenen treten einzelne Details hervor, welche die Affection als Myelitis multiplex taxiren lassen. Die Anordnung der entzündlichen Störungen ist eine eminent herdartige, und zwar treten die kleinen Herde auf dem braunen Grunde als hellere grauliche Stellen mit grosser Deutlichkeit hervor.

a) Die erste dieser Stellen findet sich in einer Ebene, welche direct durch den linken Abducenskern geht. Man erinnert sich, dass unmittelbar neben demselben der in die Medulla einstrahlende und der Raphe zustrebende Facialis gelegen ist, sodann ausserhalb des Facialis die aufsteigende Trigeminuswurzel. Die entzündete Stelle hat in sagittaler und frontaler Richtung ungefähr die Grösse von 4,5 mm. und erstreckt sich durch die Med. oblong. in longitudinaler Richtung circa 9 mm. In ihr Bereich fällt: der grösste Theil des Abducenskernes, der Stamm des Facialis bis an's Knie, ein kleiner Theil der Haubenregion zwischen Facialis und Abducens.

b) Die zweite Stelle befindet sich symmetrisch im gleichen Schnitte auf der rechten Seite. Sie ist kleiner und stösst mit der erstgenannten Stelle in der Mitte zusammen. Breite und Tiefe 2—2,5 mm., Länge circa 5 mm. Lage in der Bucht zwischen Abducens und seinem Kern einerseits, zwischen einstrahlendem Facialis und Abducenskern andrerseits. Betroffen ist ein Theil der Haubenregion zwischen Abducens und Facialis. Dieser Herd hat weiter unten den Facialiskern getroffen, was beim linksseitigen Herde nicht der Fall ist. — Die linksseitige totale Facialislähmung war also eine solche vom intramedullären Stamm, die rechtsseitige partielle eine solche vom Kern aus.

c) Eine dritte Stelle befindet sich weiter unten im Hypoglossusgebiete. Dieser myelitische Herd besitzt eine bedeutende Grösse und sonderbare Gestalt. Er beginnt ungefähr in der Grösse des halben Hypoglossuskerns, an dessen oberer Grenze, hat auf der linken Seite den ganzen Kern des Hypoglossus eingenommen, während der Kern auf der rechten Seite ganz intact ist. In dieser Ebene des oberen Endes des Hypoglossuskernes liegt auch das Gebiet der medullären Verbreitung des N. Glossopharyngeus; dasselbe ist völlig intact. Aber in einer Ebene, welche dem unteren Ende des Hypoglossuskernes entspricht, vergrössert sich der Herd: auf der linken Seite wächst er hinaus bis über die motorische Zellgruppe des Vagus, diese einschliessend; auf der rechten ist der Kern



des Hypoglossus immer noch intact, aber der Herd geht von der Raphe hinaus in die Haubenregion bis an die Fasern des austretenden Hypoglossus. — Links ist also die Hypoglossuslähmung eine solche vom Kern aus, rechts eine solche vom Stamm aus. Noch etwas weiter nach unten verbreitert sich auch der rechtsseitige Herd über den motorischen Vaguskern hinaus, diesen einschliessend. In dieser Ebene fällt auch ein Drittel der linken Olive (äusserer Theil) in den Herd hinein, während die rechte Olive unberührt bleibt.

d) In derjenigen Ebene, welche den obersten Accessoriusfasern entspricht, ist der Herd links wieder bedeutend kleiner, rechts fast verschwunden. Auf der linken Seite nimmt er noch den ganzen Hypoglossus und den nach aussen anliegenden Accessoriuskern ein; auf der rechten Seite scheint die Hypoglossuszellgruppe ganz intact, wohl aber noch befallen der Kern des Accessorius.

e) Mittlere und untere Accessoriusebenen. — Die Zellgruppe des Accessorius am äussern Rande des Vorderhornes ist bis ungefähr in's Niveau des vierten Halsnervs verändert, und zwar auf der linken Seite sehr deutlich, auf der rechten weniger deutlich.

Das Vorderhorn des Halsmarkes zeigt nichts Abnormes mehr. Die Armanschwellung konnte nicht herausgenommen werden.

Also symmetrische Herde, auf der l. Seite allerdings von grösserer Ausdehnung als rechts.

In die Herde hinein fallen: linker Abducens, rechter nicht; linker Facialis, rechter weniger; linker Hypoglossus, rechter weniger; linker Accessorius, rechter weniger; beide motorischen Vaguskerne, wobei zu bemerken ist, dass gerade in diesem Gebiet die Abgrenzung äusserst schwierig ist; endlich viele Fasern und Zellen der Haubenregion.

Frei sind Opticus, Oculomotorius, Trochlearis, Trigeminus motorius und sensibilis, rechter Abducens, Acusticus, Glossopharyngeus, der ganze Pedunculus cerebelli, die ganze Pyramidenbahn, die Oliven beinahe ganz.

Man sieht leicht, dass diese Ausbreitung des Processes den Symptomen während des Lebens mit ziemlich befriedigender Genauigkeit entspricht; namentlich erklärt sich das Freibleiben der Extremitäten, der Bauchmuskeln, der Blase und des Mastdarms leicht.

Weiter oben im Hirne wurden keine Anomalien gefunden, namentlich nicht in den Pedunculis.

Aussenseite der Medulla oblong. vollkommen frei.

Bemerkenswerth ist, dass die Affection wie im ersten Falle einen descendirenden Charakter hatte, insofern der Accessorius zuletzt an die Reihe kam.

Eine genaue histologische Analyse unterlassen wir an dieser Stelle. Die Präparate wurden zu einer Zeit gewonnen, wo die neuern Anschauungen über Entzündung noch nicht in Fleisch und Blut übergegangen waren; die Notizen sind daher unvollkommen. Es mag die Angabe genügen, dass der Nachweis entzündlicher Veränderungen geleistet werden konnte, dass aber die Aetiologie vollkommen dunkel blieb.

Vereinsberichte.

Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.[1])

5. Sitzung des Sommersemesters 4. Juli 1882 im Casino.

Präsident: Prof. *Pflüger*. Actuar: Dr. *Ost*.

Anwesend 28 Mitglieder.

1. Prof. *Lichtheim*: Ein Fall von Persistenz des Isthmus aortae.

Der Vortragende stellt einen erwachsenen Menschen vor, welcher wegen eines

[1]) Eingelaufen im November 1882. Red.



durch einen Gallenstein bedingten Verschlusses des Ductus choledochus die Hülfe der Klinik in Anspruch genommen hat, und bei welchem zufällig eine sehr seltene angeborene Anomalie des Gefässsystems entdeckt wurde.

Es verlaufen bei ihm sehr erweiterte, geschlängelte, stark pulsirende Gefässe von der Gegend der obern Thoraxapertur nach abwärts. Am hochgradigsten erweitert und geschlängelt sind die Aa. thoracicæ longæ, deren Schlingen in der Achselhöhle so nahe an einander gelegt sind, dass dieselben zuerst für Lymphdrüsen gehalten wurden. Weniger deutlich geschlängelt ist die Art. mammaria interna und epigastrica superior sinistra und die Art. dorsalis scapulæ.

Während der Puls in der Radialarterie sehr deutlich ist, ist er in der Femoralarterie kaum fühlbar und scheint um ein ziemlich langes Intervall später zu kommen als der Radialpuls.

Wie vorgelegte Curven zeigten, ist diese Verspätung lediglich eine scheinbare, bedingt dadurch, dass der Puls an der Radialarterie celer, an der Femoralis tardus ist, die Elevation der Pulswelle beginnt genau isochron, nur die Gipfel liegen beträchtlich auseinander. Ganz dieselbe Erklärung gilt auch für die Fälle von Aortenaneurismen, bei denen der Puls unterhalb des aneurismatischen Sackes verspätet einzutreten scheint.

Der Vortragende erklärt die vorliegenden Symptome aus der Annahme einer angeborenen Verengerung der Aorta an der Einmündung des Ductus Botalli. Er bespricht die Genese dieser Affection und ihre Beziehungen zu den fœtalen Kreislaufsverhältnissen. Nur selten kommt es zu einem völligen Verschlusse der Aorta, im vorliegenden Falle ist, wie das Verhalten des Femoralpulses ergibt, nur eine erhebliche Verengerung vorhanden.

Die Anomalie bedingt bei dem Patienten nicht die mindesten Functionsstörungen, nicht einmal eine nachweisbare Hypertrophie des linken Ventrikels ist vorhanden; hingegen hört man in der Gegend der Aorta ein langgezogenes, mässig laut systolisches Geräusch, das sich in die Halsgefässe und in die erweiterten Arterien fortleitet.

2. Vortrag von Dr. *Girard:* Die Blatternepidemie im Canton Bern vom Jahr 1881. (Der Vortrag ist im Druck erschienen.)

In der Discussion ergreift Herr *Rob. Vogt* als Impfgegner das Wort. Er bedauert, in die Arbeit des Herrn *Girard* nicht früher Einsicht erhalten zu haben, um sich so specieller mit derselben zu befassen, seine Einwendungen seien daher mehr allgemeiner Natur. Vorerst vermisst er eine genauere Eintheilung der Altersclassen vom 1.—10. Altersjahre; der daraus gezogene Schluss einer grösseren Morbilität der Nichtgeimpften sei demzufolge unrichtig. Die Berechnung in Procenten sei nicht beweisend, wenn nicht eine allgemeine gleichmässige Basis zu Grunde gelegt sei, weil die Intensität der Erkrankung in den verschiedenen Gegenden eine verschiedene sein könne. Diese allgemeine Basis für die Impf- und Blatternstatistik findet Herr *Vogt* in der Angabe der Bevölkerungsbewegung vor und während der Epidemie. Diese Bevölkerungsbewegung fehle gänzlich. Der Begriff „mit Erfolg“ und „zu spät“ geimpft sei durchaus willkürlich und unhaltbar; die hygieinischen und socialen Verhältnisse der Erkrankten seien nicht berücksichtigt; end-

lich sei das Exemplificiren von Einzelbeobachtungen sowie die Beiziehung des Begriffes „Einschleppung“ bei einer statistischen Bearbeitung unzulässig.

Dr. *Girard* weist vorerst auf seine tabellarische Zusammenstellung hin, welche eine sehr genaue Eintheilung der Altersclassen von Monat zu Monat bis zum 1. Jahr, von Jahr zu Jahr bis zum 11. Jahr enthält. Im Weitern vermag er das von Herrn *Vogt* so sehr betonte Abhängigkeitsverhältniss des Auftretens der Blattern von der Zu- und Abnahme der Bevölkerung nicht einzusehen, um so weniger bei dieser Epidemie, welche blos ein Jahr dauerte, während erhebliche Schwankungen der Bevölkerung damals nicht aufgetreten seien. Was die Nichtberücksichtigung der hygieinisch-socialen Verhältnisse anbetrifft, so bemerkt er, dass Reiche wie Arme von den Blattern ergriffen wurden, genauere Details seien in den amtlichen Quellen leider nicht angegeben gewesen und in sofern sei also eine kleine Lücke da. Gegen die Unzulässigkeit exemplificirender Fälle protestirt Dr. *Girard*. Gerade solche Fälle eignen sich wegen der Einfachheit und Klarheit der Verhältnisse sehr gut, um den Nutzen oder eventuell den Schaden der Impfung in die Augen springend zu machen und sei das Anführen von Einzelbeobachtungen daher auch von gegnerischer Seite durchaus nicht verschmäht worden; er persönlich, früher von dem Nutzen der Impfung nicht überzeugt, sei durch die Kenntniss solcher Einzelfälle für dieselbe eingenommen worden.

Prof. *Lichtheim* fragt Herrn *Vogt* an wegen der Unhaltbarkeit des Begriffs „mit Erfolg“ geimpft. Jedermann müsse darunter verstehen das Auftreten deutlicher Vaccinepusteln innerhalb einer bestimmten Zeit nach der Impfung und weiter Nichts.

Herr *Vogt* entgegnet, dass für ihn erst dann Einer „mit Erfolg“ geimpft sei, der nach gelungenen Vaccinepusteln gegen eine Revaccination innerhalb vielleicht 10 Jahren, sowie gegen eine Blatterninfection sich refractär erweise, wobei der Beweis immer noch zu leisten sei 1) dass der Revaccinationsstoff wirksam gewesen sei, 2) dass er die Gefahr einer natürlichen Infection bestanden habe.

In der sich hieran anschliessenden animirten Discussion bestreitet Herr Prof. *Lichtheim* die Richtigkeit dieser Definition. Die erfolgreiche Impfung manifestire sich eben durch das Auftreten von ausgebildeten Impfpusteln; wie das Individuum dann gegenüber Blatterninfection sich verhalte, sei eine Frage für sich und habe mit dem „mit Erfolg geimpft“ direct nichts zu thun.

Der Tenor der Versammlung, namentlich die Ueberzeugung derjenigen Collegen, welche Blatternepidemien in der Nähe, besonders im Feldzug 1870/71 zu beobachten Gelegenheit gehabt hatten, war übereinstimmend für den Nutzen der Impfung. Es wurde daher auch beschlossen, gegenüber der maasslosen Agitation der Impfgegner offene Stellung für die Impfung zu nehmen.

Prof. *Pflüger* wünscht ein populär gehaltenes Referat der *Girard*'schen Arbeit durch die Tagesblätter publiciren zu lassen.

Dr. *Christener*, unterstützt durch Dr. *Wyttenbach*, beantragt, die Sache an der demnächst abzuhaltenden Vereinigung der cantonalen medicinischen Gesellschaft in Burgdorf vorzubringen und so durch eine öffentliche Erklärung der meisten Aerzte des Cantons für das Impfgesetz einzustehen.

Ende der Sitzung 11½ Uhr p. m.



Cantonale ärztliche Gesellschaft von Zug.[1])

Den 18. October versammelte sich im gemüthlichen Locale des Falken in Zug die cantonale ärztliche Gesellschaft unter dem bewährten Präsidium unsers wackern *Hürlimann*, der mit an *Sonderegger*'sche Beredtsamkeit grenzenden Worten die ganz anständige Zahl begeisterter Collegen begrüsste.

Als erstes Geschäft wurden die Wahlen erledigt, aus denen diesmal Dr. *Fr. Sidler* als Präsidium hervorging. Das Capitel der Gründung eines cantonalen ärztlichen Lesecirkels war bald abgethan, indem die Statuten, von einer letztes Jahr bestellten Commission vorgelegt, einfach verlesen und genehmigt und das Gesellschaftscomité beauftragt wurde, für nächsten Herbst positive Vorschläge zu bringen über die Anzahl und die Art der zu beschaffenden medicinischen Zeitschriften.

Hierauf erhob der abtretende Präsident noch einmal seine Kassandrastimme und begann die Verhandlungen mit dem Hinweis auf das von einer Commission des l. Sanitätsrathes den 30. August a. c. an alle zugerischen Aerzte erlassene Circular, enthaltend die Fragen:

Welches sind die Ursachen der grossen Kindersterblichkeit im Bereiche Ihrer practischen Wirksamkeit im Allgemeinen?

Welches speciell diejenigen, welche aus der Art und Weise der Ernährung entspringen?

Welches sind Ihre Wahrnehmungen über den Einfluss der verschiedenen künstlichen Ernährungsarten?

Thatsache ist, wie Dr. *Hegglin* nachwies, dass im Canton Zug (von 1876—1880) die Kindersterblichkeit mit 21,4% um 2,5% höher steht als die Durchschnittsziffer für die ganze Schweiz. Angesichts dieser Abnormität tritt an alle Aerzte und Volksfreunde die Anforderung heran, den Gründen derselben nachzuforschen und die Mittel aufzusuchen und anzuwenden, um derselben so weit als möglich abzuhelfen.

Als Hauptgründe der grossen Kindersterblichkeit dürfen bezeichnet werden: Vernachlässigung der mütterlichen Pflicht (des Stillens); mangelhafte Instruction und Bildung der Hebammen. Noth bei der Fabrikbevölkerung. Uneheliche Geburten. Unzweckmässige künstliche Ernährung, namentlich zu frühzeitige Anwendung von Kindermehlen etc.

Das sollte wenigstens erreicht werden, dass der Canton Zug, vermöge seiner relativ günstigen Lage in climatologischer und volkswirthschaftlicher Beziehung sich wenigstens der Durchschnittsziffer für die gesammte Schweiz mehr nähere oder selbst dieselbe um etwas übertreffe.

Die Mittel zur Erreichung dieses Zweckes fielen ebenfalls in den Bereich der Discussion: Belehrung der Mütter und der Hebammen; namentlich Organisation von Wiederholungscursen für letztere; Erstellung von Krippen etc.

Einen ganz speciellen Vorschlag brachte Dr. *Hürlimann*, nämlich den, dass man jedem Civilstandsbeamten eine Anzahl verständlich und wohlmeinend geschriebener Flugblätter über Kinderpflege zur Verfügung stellen sollte, die derselbe an jeden mit Vaterfreuden begabten Eidgenossen abzugeben habe.

[1]) Eingelaufen im November 1882. Red.



Nach obigen ziemlich weitläufigen Erörterungen, die übrigens zu keinem speciellen Beschlusse führten, folgte ein ganz interessanter und ausführlicher Bericht unseres Abgeordneten Dr. *Arnold* an den 4. internationalen hygieinischen Congress in Genf, worin auch des *Pasteur-Koch*'schen Strausses zu erwähnen nicht vergessen war. Anschliessend an dieses Referat demonstrirte der Vortragende seinen nach *Sonderegger*'schem Muster erstellten Kasten zur persönlichen Desinfection.

Darauf wurden folgende, theils sehr interessante Präparate vorgewiesen: Ein exstirpirtes Lipom von der Grösse eines Kindskopfes (Sitz an der Schulter); ein radical operirtes Hygroma præpatellare. Ganz interessant war die Krankengeschichte über einen Fall von Pachymeningitis hæmorrhagica mit Präparat. Den Schluss bildete die Demonstration zweier Traubenmolen und einer Fleischmôle mit kurzen erklärenden Bemerkungen und den betreffenden Krankengeschichten.

Nachdem unser Vereinsapotheker noch einige neue Präparate, Cumarin, Trichloressigsäure etc. vorgezeigt hatte, nicht zu vergessen ein ganz elegantes Reiseklystier, schritt man zum gemüthlichen zweiten Acte, der auch diesmal durch reichliche Trankopfer, gespendet von fröhlichen Vätern hoffnungsvoller kleiner Jungen, verherrlicht wurde. *Werder.*

Referate und Kritiken.

Jahresbericht über die chirurgische Abtheilung des Spitales zu Basel während des Jahres 1881,

erstattet von Prof. Dr. *A. Socin* und Dr. *Emil Burckhardt.* 154 S. Basel, 1882.

Stationär behandelt wurden 715 Kranke (493 M., 222 W.), entlassen 675. Von den 19,688 Verpflegungstagen kommen auf je einen M. 26,92, auf ein W. 28,87, auf einen Kranken überhaupt 27,53 Tage. Die Mortalität betrug für die Männer (26 †) 5,5%, für die Weiber (13 †) 6,2%, für beide zusammen 5,7%.

Aus der wie längst gebräuchlich nach den einzelnen Körperregionen angeordneten reichen Casuistik sind folgende Fälle hervorzuheben: Drei Resectionen im Bereich des N. trigeminus, worunter eine nach *v. Bruns-Lücke* mit temporärer Durchsägung des Jochbogens, hatten völlige Beseitigung der vorhandenen Neuralgien zur Folge. Von den 23 Diphtheriefällen der oberen Luftwege (11 M., 12 W.) starben 8 (5 M., 3 W.). Ohne Operation heilten 8, 1 †, mit Tracheotomie heilten 7 und starben 7, also ein sehr günstiges Resultat der Operation.

Ein faustgrosser Schilddrüsentumor wurde exstirpirt — 40 doppelte Ligaturen — rasche primäre Heilung. 8 inguinale und 2 crurale eingeklemmte Hernien wurden nach vorheriger Herniotomia interna radical operirt — es starben 2 (inguinale H.) Fälle.

Nicht incarcerirte Hernien wurden 5 durch Radicaloperation beseitigt, nämlich 4 inguinale und 1 Nabelhernie, bei welcher letzteren das im Bruchsack liegende und mit demselben verwachsene grosse Netz im Gewichte von 1250 grmm. abgetragen wurde; Heilung. — 7 Hydrocelen wurden nach *Volkmann* radical operirt und heilten alle unter 1—2 *Lister*'schen Verbänden. — Mammacarcinome wurden 5, stets mit Ausräumung der Achselhöhle exstirpirt, ferner 2 Recidive in der Narbe früherer Operationen — alle geheilt. In einem Falle von Carcinom des S. romanum (M. von 72 J.) wurde mit gutem Erfolge ein Anus præternaturalis in 2 Zeiten angelegt; Tod einige Monate später. Eine Atresia ani vaginalis bei einem Kinde von 15 Wochen wurde durch Bildung eines natürlichen Afters und Schluss der Vaginalfistel dauernd geheilt. Durch Verjauchung des Beckenzellgewebes führte eine mit dem Messer ausgeführte Spaltung einer Fistula ani trotz Jodoform zum Tode.

In einem anderen Falle — Resectio artic. humeri wegen fungöser Gelenkentzündung

bei einem W. von 55 J. — hatte die Jodoformbehandlung eine mehrwöchentliche psychische Störung zur Folge; Heilung. — Durch die Resection des Humeruskopfes gelang es in einem Falle von inveterirter, 7 Jahre alter, Luxatio humeri subcorac. ein gutes functionelles Resultat zu erzielen. — In 4 Fällen wurden Gelenkkörper aus dem Kniegelenke excidirt, theils freie, theils gestielte, 2 Mal multiple, in Folge von Arthritis deform. entstandene, 2 Mal isolirte, durch Traumen erzeugte; stets rasche reactionslose Heilung unter *Lister*. Relativ zahlreich sind im Berichte die Osteotomien vertreten. Am Hüftgelenk wurde die Osteotomia subtroch. cuneiformis einmal wegen stumpfwinkliger Ankylose ausgeführt, am Kniegelenk 2 Mal (2 Mädchen) die Keilexcision aus dem ankylosirten gebeugten Gelenke, die Osteotomie nach *Schede* wegen genu valgum 1 Mal, wegen rachitischer Verkrümmung die Keilexcision aus der Tibia 1 Mal. In allen Fällen erfolgte rasche, meist völlig primäre Heilung mit gutem orthopädischem Resultate. Wegen pes varus congen. wurde bei 3 Kindern von 1—7 Jahren die Keilexcision aus dem Tarsus vorgenommen, in einem Falle sogar wiederholt; 2 Mal erfolgte völlige Correction, 1 Mal nur Besserung der perversen Stellung. Eine osteoplastische Resection des Fusses nach *Mikulicz*, wegen Caries articul. talo-cruralis bei einer an Lupus leidenden 22jährigen Kranken vorgenommen, bewirkte völlige Heilung. Pat. geht auf den Plantarflächen der rechtwinklig zum Fusse fixirten Zehen und den Mittelfussköpfchen ohne Schmerzen. — Bei einer an Tabes leidenden 38jährigen Kranken erzielte die doppelseitige Ischiadicusdehnung völliges Verschwinden der Schmerzen in den Beinen und der Blasenbeschwerden.

Von Wunderysipel kamen im Berichtsjahre nur 4 Fälle vor. Von den 4 Tetanusfällen endeten 2 tödtlich, während 2 andere mehr chronisch verlaufende geheilt wurden. Am Delirium tremens erkrankten 4 M.

Im Ganzen wurden an den stationären Kranken 192, und an den 311 ambulatorisch Behandelten 92 Operationen vorgenommen. *Münch.*

Centralstelle für den Versandt natürlicher Mineralwässer.

Ein Beitrag zur Lösung der offenen Frage: „Auf welche Weise lässt sich eine Preisherabsetzung der natürlichen Mineralwässer, sowie deren allgemeine Einführung ermöglichen, und wie kann der Fälschung derselben wirksam entgegengetreten werden?“

Von *Fritz Engel*, Wiesbaden.

Unter obigem Titel liegt eine Brochure vor, welche in gründlicher und vom commerziellen Standpunct aus in auf genauer Berechnung der Frachtentarifsätze basirter Weise veranschaulicht, wie durch eine Centralsammelstelle, welche es sich zur Aufgabe stellt, von allen bekannten Mineralwasserquellen das Wasser in Waggonladungen zur Einlagerung zu beziehen und alle diese verschiedenen Mineralwässer in combinirten Waggonladungen wieder zu reexpediren, die natürlichen Mineralwässer den Consumenten bedeutend billiger zugänglich gemacht, und dass dadurch sowohl künstliche Fabrikate wie auch Falsifikate auf dem Wege der Concurrenz durch billigere Lieferung des natürlichen Getränkes leichter verdrängt werden können.

Es ist Thatsache, dass der Mineralwasserconsum bei dem Volke und namentlich bei der Stadtbevölkerung von einem ausnahmsweisen Genussmittel immer mehr zu einem allgemeinen Bedürfniss geworden ist. Wenn wir speciell unsere Schweiz im Auge behalten, so sehen wir, dass alle bedeutenderen Städte und Ortschaften in den letzten Decennien gewaltig zugenommen haben und stets noch im Anwachsen sind. In Folge dessen macht sich der Mangel an gutem Trinkwasser immer mehr fühlbar.

Städte, welchen vor einigen Jahrzehnten wenige in der Nähe sich befindliche Quellen genügten, sahen sich veranlasst, das Trinkwasser für die Bevölkerung weit her zu leiten oder durch besondere Vorrichtungen Fluss- und Seewasser zu reinigen und die öffentlichen Brunnen damit zu speisen.

Das aus grosser Entfernung hergeleitete Bachwasser sowohl als die gereinigten Fluss- und Seewasser sind jedoch kein Ersatz für gutes, aus in der Nähe entspringender Quelle geschöpftes Trinkwasser.

Dieser Wasserfrage ist wohl in erster Linie die grössere Nachfrage nach Mineralwasser zuzuschreiben, da das Hauptquantum des verbrauchten Mineralwassers in erfrischenden Tafelwässern besteht.

Aber auch in der medicinischen Behandlung der Kranken und hauptsächlich auch

der Reconvalescenten spielen die Mineralwässer in letzter Zeit eine grosse Rolle. Die angenehme und bequeme Form des Einnehmens, sowie die leichtere Verdaulichkeit und die zweckmässige Composition der einzelnen Mineralwässer sichern ihnen, besonders in den Städten, für alle Zeit eine reichliche Verwendung.

Auch daher rührt der fortwährend zunehmende Consum von Mineralwässern.

Der Verbrauch derselben würde aber noch weit grössere Dimensionen annehmen und noch viel populärer werden, wenn der Kostenpunct nicht wäre.

Nur wenige der bekannteren Quellen können das Wasser in einer wirklich kaufmännisch practischen Weise durch Combination ganzer Eisenbahnwaggonladungen versenden.

Diese Quellen nützen jedoch das für sie aus einem so grossen Vortheil erwachsende Monopol nicht etwa in der Weise aus, dass sie dem Publicum das Wasser um so billiger liefern; ihre Preise werden sich so lange auf gleicher Höhe halten, als die Concurrenz ihnen nicht erheblich Abbruch thun wird.

Die geplante Centralsammelstelle hätte nun den Zweck, die Quellenbesitzer zu veranlassen, waggonweise Sendungen an diese Sammelstelle abgehen zu lassen, wobei sie einen sehr reducirten Frachttarif benützen könnten. Die Centralstelle würde dann die an die verschiedenen Quellen eingegangenen Aufträge in der Weise zur Ausführung bringen, dass sie die für jede einzelne Bahnstation bestimmten Bestellungen in eine einzige combinirte Doppelwaggonsendung zusammenfassen würde, welche am Bestimmungsorte an die diversen Empfänger zur Vertheilung käme, so dass sogar jeder kleinere Wiederverkäufer an der billigen Doppelwaggonfracht participiren könnte.

Ein Beispiel wird die Sache veranschaulichen.

Als Centralsammelstelle ist Gustavsburg am Rhein in Aussicht genommen. Es handelt sich um den Versandt von Mineralwasser ab Rhens bei Coblenz, welches den besten bekannten Sauerbrunnen mindestens gleichwerthig an die Seite gestellt werden darf, das jedoch, wie noch viele andere sehr gute Quellen, wegen den erwähnten Frachtschwierigkeiten Mühe hat, den grossen Gesellschaften gegenüber aufzukommen.

Nun kostet die Fracht Rhens–Gustavsburg, Stückgut, per 100 Ko.		Fr. 1. 57
Waggonladung		„ —. 66
Differenz		Fr. —. 91
und Gustavsburg-Basel, Stückgut, per 100 Ko.	Fr. 4. 64	
Waggonladung	„ 1. 95	
Differenz	Fr. 2. 69	„ 2. 69
mithin Frachtermässigung Rhens-Basel bei Doppelwaggon per 100 Ko.		Fr. 3. 60

oder, da ca. 45 Krüge = 100 Ko. entsprechen, so stellt sich der Preis eines Kruges Rhenserwasser um 8 Cts. billiger als bei Versandt in gewöhnlicher Fracht.

Die Berechnung stellt sich aber noch günstiger für die Doppelwaggonfracht, weil die kostspielige Packung in Körben und Kisten und die Fracht darauf bei diesem Versandtmodus in Wegfall kämen und weil überhaupt bei losem Versandt ein Waggon weit mehr Krüge oder Flaschen halten kann, als in Verpackung.

Noch weit erheblicher ist die Differenz, wenn es sich um grössere Entfernungen, z. B. bei Bezug ab Carlsbad oder Buda-Pest und Versandt nach Interlaken, Genf etc. handelt.

Allerdings müssen nun noch als Vertheuerung in Betracht gezogen werden: die Magazinmiethe am Sammelort, Auslad- und Wiedereinladspesen, Besorgungsarbeiten, Provisionen etc., doch liessen sich diese Kosten möglicherweise dadurch decken, wahrscheinlich mehr als ausgleichen, dass ein Speditionsgeschäft, welches die Bahnen in solcher Weise beschäftigt, vielleicht sogar mit eigenen Waggons, sich besondere Frachtvergünstigungen ausser denjenigen des Specialtarifs auswirken könnte, welche von den Bahnverwaltungen einem Handelshause trotz grossem Verkehr nicht eingeräumt würden.

Die Centralstelle könnte sich aber auch durch Rückbeförderung der leeren Krüge und Flaschen um das Mineralwassergeschäft besonders verdient machen.

Bekanntlich ist die Frage: „wohin mit den leeren Krügen?" noch unerledigt.

Wenn die Vermittlung durch die Centralstelle derselben einen beständigen, bedeutenden Verkehr sichern wird, so würde die Direction sich früher oder später veranlasst

sehen, eigene Eisenbahnwaggons zu halten, welche die gefüllten Krüge und Flaschen nach dem Bestimmungsorte beförderten und von dort alsdann die angesammelten leeren Gefässe zu sehr billigem Frachtsatz wieder nach der Sammelstelle und den betreffenden Quellen zurückführen könnten.

Tüchtige, mit der Spedition und dem Cammionagedienst vertraute Vertreter der Centralstelle würden auf den Hauptplätzen die richtige Vertheilung und Weiterbeförderung der gefüllten und die Rückexpedition der leeren Gefässe nach Aufgabe und unter der Leitung der Hauptagenten der Mineralquellen zu besorgen haben, so dass Irrthümer nicht leicht vorkommen würden.

Dass alle diese Factoren zu einer wesentlichen Ermässigung der Mineralwasserpreise beitragen würden, ist einleuchtend, und es sollte daher ein Unternehmen, welches sich die Aufgabe stellt, das natürliche Mineralwasser allen Ständen der Bevölkerung zu billigem Preise zugänglich zu machen, Anerkennung und Unterstützung finden.

Die angeregte Idee sollte allem Anschein nach practisch durchführbar sein, und es wird, wenn richtig in die Hand genommen und gut geleitet, dem Unternehmen wahrscheinlich auch der sichere Erfolg nicht ausbleiben. *W. B.*

Anleitung zur qualitativen und quantitativen Analyse des Harns,

sowie zur Beurtheilung der Veränderungen dieses Secrets mit besonderer Rücksicht auf die Zwecke des practischen Arztes. Von *Neubauer* und *Vogel*.
Achte, von *Huppert* umgearbeitete und vermehrte Auflage. Wiesbaden, Kreidel's Verlag.

Dieses classische Werk der medicinischen Chemie, das bisher Aerzten, Chemikern, Pharmaceuten ein so willkommener Führer in diesem weiten Gebiete geworden, wird auch in seiner achten, nach dem Tode *Neubauer*'s von Prof. *Huppert* in Prag neu bearbeiteten Auflage seinem alten Rufe Treue bewahren.

Eine Reihe neuer, zum Theil theoretisch hoch interessanter Körper — ich erinnere nur an die Aetherschwefelsäuren der aromatischen Körper — haben die ihnen gebührende Berücksichtigung gefunden; damit ist das Buch wiederum in Einklang mit den Fortschritten der rasch sich entwickelnden Wissenschaft getreten. Dagegen konnte sich der Autor wohl mit Recht in dem Capitel der zufälligen Harnbestandtheile erhebliche Kürzung gestatten. Denn was kann nicht irgend einmal zufälliger Harnbestandtheil werden?

Für den Forscher hat die neue Auflage durch die genaue, jetzt erst consequent durchgeführte Quellenangabe ungemein gewonnen. Für den Anfänger ist die Zugabe zum Theil neuer Tafeln gewiss nur förderlich. Diesem letzteren Zwecke dient ausserdem ein von den früheren Auflagen abgetrenntes Heftchen in ganz besonderem Grade:

Neubauer, systematischer Gang der qualitativen und quantitativen Analyse des Harns, achte Auflage von Dr. *E. Borgmann*.

Dieses kleine Heftchen wird dem Anfänger zu rascher Orientirung von recht gutem Nutzen sein, wird einen nachhaltigen Gebrauch des Hauptwerkes wesentlich erleichtern und fördern. *L.*

Analytisches Hülfsbuch für die physiologisch-chemischen Uebungen.

Von *Weyl*. Berlin, Jul. Springer, 1882.

In ähnlichem Sinne soll auch dieses kleine Büchlein wirken. Es soll bei den ersten chemischen Uebungen des Mediciners und Pharmaceuten ein kurzes, übersichtlich geordnetes Hülfsbuch sein, das auch ohne fortwährende Intervention des Lehrers den Anfänger in den Stand setzt, alle diejenigen Stoffe ohne grosse Mühe und ohne eingehende chemische Schulung aufzufinden, welche im Organismus in grösserer Menge vorkommen.

Als solches erstes Hülfsbuch kann das Büchlein wohl auf den Gebrauch eines ausführlicheren vorbereiten, ein solches Handbuch aber natürlich niemals ersetzen. *L.*

Cantonale Correspondenzen.

Basel. Versammlung der Sanitätsofficiere der V. Division. Samstag, den 28. October, versammelten sich die Sanitätsofficiere der V. Division in Olten; leider waren der Einladung des Herrn Divisionsarztes nur 24 von den circa 60 Aerzten der Division

gefolgt; eine grössere Zahl der Ausbleibenden hatte es sogar nicht einmal angezeigt gefunden, die Einladung zu beantworten.

Punct 12 Uhr begannen die Verhandlungen, indem der Herr Divisionsarzt Oberstlieutenant *Massini* die Anwesenden begrüsste und die Veranlassung der Zusammenkunft auseinandersetzte. Nachdem auf Wunsch des Herrn Divisionärs die Officiere der andern Waffengattungen längst von Zeit zu Zeit sich vereinigt hatten, zur Besprechung militärischer Fragen sowohl, als zur Hebung cameradschaftlichen Geistes, sollte nun auch die Sanität dem guten Beispiele folgen, um so mehr als gerade die Sanitätsofficiere durch enges Zusammenhalten und rege Thätigkeit sich die Stellung immer mehr zu erringen haben, welche ihnen in der Armee gebührt. Der Herr Divisionsarzt machte noch darauf aufmerksam, dass das Verlangen nach erhöhten Leistungen um so berechtigter sei, als, im Gegensatze zu früheren Zeiten, die Sanitätsmannschaft jetzt sorgfältig recrutirt wird, und es also nur von den Aerzten abhängt, mit derselben entsprechende Resultate zu erzielen.

Es folgte hierauf ein Vortrag des Herrn Feldlazarethchef Major *Bircher*: „über die ärztliche Thätigkeit auf den Verbandplätzen". Es ist hier leider nur eine ganz kurze Inhaltsangabe des ausgezeichneten, äusserst anregenden und lehrreichen Vortrages möglich.

Kommt die Truppe in's Gefecht, so wird etwa 1000 Meter hinter der Feuerlinie der Truppenverbandplatz etablirt. Wir verwenden hierzu sämmtliche Aerzte und Träger der Bataillone, da dieselben im Feuer nichts nützen und ihre Zahl nicht gross genug ist, unnöthige Verluste ertragen zu können; andere Staaten, Deutschland zum Beispiel, nehmen, des moralischen Eindrucks auf die Mannschaft wegen, die Hälfte des Sanitätspersonals mit in's Feuer.

Zur Etablirung des Truppenverbandplatzes wird eine möglichst geschützte Terrainfalte gewählt; strategische Puncte sowie die Rückzugslinie sind sorgfältig zu vermeiden, ebenso Gebäude, da dieselben dem Artilleriefeuer leicht ausgesetzt sind.

Aufgabe des Truppenverbandplatzes ist das Sammeln der Verwundeten, um dieselben zum Transport auf den Hauptverbandplatz fähig zu machen und zwar unter Berücksichtigung der Antisepsis. Es soll deshalb keine Wunde berührt werden, wenn nicht dringende Lebensgefahr es erfordert; ebenso werden nur die absolut nothwendigen Verbände angelegt.

Der erfahrenste Chirurg unter den anwesenden Aerzten leitet die Empfangsabtheilung; er stellt die Diagnose ohne Berührung der Wunde, füllt den Diagnosenzettel aus und ordnet die Verbringung in eine der Abtheilungen für Marschfähige, Nichtmarschfähige oder tödtlich Verletzte an.

Der Hauptverbandplatz wird an einem passenden Platze, womöglich nicht über 1000 Meter hinter dem Truppenverbandplatz errichtet. Das Feldlazareth gibt eine Ambulance für denselben ab; seine Verbindung nach vorn findet er durch den Blessirtenwagen, sowie seine übrigen zum Transport hergerichteten Fuhrwerke.

Bei der Wahl des Ortes gelten dieselben Bedingungen, wie für den Truppenverbandplatz, nur bedarf man diesmal der Gebäude. Hier werden nun die nöthigen Operationen sofort vorgenommen nach den Vorschriften der Antisepsis, wenn auch mit der richtigen Sparsamkeit, da antiseptisches Verbandmaterial oft schwer zu erhalten ist; ferner werden hier die Verbände angelegt und zwar sollte der Soldat das nöthige Verbandzeug selbst mit sich führen.

Auch der Hauptverbandplatz wird in Abtheilungen geschieden, nämlich für Empfang, Operationen, Verband und für tödtlich Verwundete. Seine Verwundeten kann der Hauptverbandplatz in ein Feldspital evacuiren, oder aber er kann sich selbst in ein solches umwandeln; im ersteren Falle werden die Reservetransportcolonnen den Transport zu besorgen haben.

Beim Vormarsch oder beim Rückzug der Truppen hat ihr Sanitätspersonal denselben zu folgen; dasjenige des Hauptverbandplatzes aber bleibt, wird jedoch, falls es in Feindeshand kommt, später mit seinem ganzen Material zurückgesandt.

Zur Veranschaulichung seiner Auseinandersetzungen hatte der Vortragende ein Schema gezeichnet, sowie eine Skizze der Umgebung Aarau's, mit Hülfe deren er an practischen Beispielen das Gesagte erläuterte.

Nun stellte der Herr Major noch die Frage, ob unsere Organisation den an sie gestellten Anforderungen genüge.

Das provisorische Reglement über den Sanitätsdienst bedarf jedenfalls mehrfacher Umänderungen; unser Personal genügt, was die Mannschaft betrifft; dagegen sind bei der Truppe zu viel, bei der Ambulance zu wenig Aerzte, doch lässt sich hier leicht ein Ausgleich herstellen. Ganz ungenügend und unbrauchbar ist das Verbandmaterial, und der Vortragende meint, dass nach seinen Erfahrungen bei der Inspection unseres Feldlazareths der Arzt geradezu strafbar wäre, der dessen Verbandzeug verwenden wollte. Am passendsten würde der Soldat selbst ein Verbandzeug mit sich führen, und Herr Major *Bircher* wies auch ein nach seinen Angaben hergestelltes Muster vor, das in wasserdichter Hülle 2 Verbandtücher, 2 Wattetampons und 2 Impermeables enthält, in der Rocktasche gut untergebracht werden kann und nur 50 Cts. kostet.

Zum Schlusse las der Vortragende einen Satz aus einem Entwurf für Anleitung zur Taktik vor, in welchem der betreffende Verfasser in einer Weise vom „Verständniss und guten Willen" der Sanitätsofficiere spricht, dass der Herr Feldlazarethchef mit vollem Rechte derartige Aeusserungen tactlos nennen durfte.

In der kurzen Discussion machte Herr Oberstl. *Massini* seine in einigen Puncten abweichende Ansicht geltend, bemerkte, dass die gewünschte bessere Vertheilung der Aerzte projectirt sei und verdankte sodann den hochinteressanten Vortrag auf's Beste.

Herr Oberlieutenant *Emil Burckhardt* sprach hierauf über die moderne Behandlung der Schusswunden.

Im russisch-türkischen Kriege wurden zuerst systematische Versuche mit der antiseptischen Wundbehandlung im Felde gemacht; man verzichtete darauf, die Wunde zu sondiren, entfernte nur die oberflächlich liegenden Fremdkörper und begnügte sich mit dem aseptischen Verschlusse der Wunden. Es haben sich diese Principien, welche auch diejenigen der Basler chirurgischen Klinik sind, so bewährt, dass die deutschen und englischen Chirurgen dieselben fast allgemein adoptirt haben, während die Franzosen, und, wie das Beispiel der Behandlung Garfields zeigt, auch die Amerikaner noch immer die Entfernung des Projectiles vor Allem anstreben.

An einer Reihe von Fällen, die der Vortragende selbst auf der Klinik des Herrn Prof. *Socin* beobachtet hatte, zeigte er die überraschenden Erfolge der exspectativen Behandlungsmethode.

Der ebenso elegante, als überzeugende Vortrag fand allgemeinen Beifall; der Herr Divisionsarzt sprach seinen Dank für denselben aus und erklärte den Schluss des wissenschaftlichen Theiles der Zusammenkunft.

Der zweite Act, vom Tafelmajor Herrn Hauptmann *Barth* trefflich geleitet, verlief in fröhlichster Weise. Erwähnt sei nur das Hoch auf's Vaterland, ausgebracht von Herrn Oberstl. *Massini*, und der mit Begeisterung geriebene Salamander auf unsern allverehrten Divisionsarzt. Man trennte sich mit einem aufrichtigen: „Auf Wiedersehen nächstes Jahr bei den Brigademanövern!"

Bohny.

Genève. IV. Congrès international d'hygiène et de démographie tenu à Genève du 4 au 9 Sept. 1882. (Suite.) Séances générales. Le mardi 5 Septembre la séance offrait un intérêt particulier en raison de la communication de Mr. *Pasteur* sur l'atténuation des virus. Bien avant l'heure d'ouverture la salle était comble; une foule d'étrangers et d'habitants de la ville de Genève, dames et messieurs, étaient venus se joindre aux membres du congrès pour entendre l'illustre savant et quand il vint prendre sa place à la tribune, il fut accueilli par des applaudissements enthousiastes et prolongés.

On comptait un peu sur une conférence de vulgarisation, mais l'attente générale fut bien déçue lorsque Mr. *Pasteur* vint lire solennellement un travail destiné probablement à un autre public plus initié aux recherches spéciales de l'infatiguable micrographe. Mr. *Pasteur* entrait en effet dans une foule de détails sur les dernières expériences très-intéressantes qu'il a faites avec le microbe de la salive dans lequel il crut un instant avoir découvert et domestiqué le redoutable microbe de virus de la rage; mais le même microbe a été découvert par Mr. *Pasteur* dans la salive de tous les hommes bien portants! Cette partie scientifique du rapport avait pour but de prouver que Mr. *Pasteur* par ses travaux et ses recherches avait découvert une méthode générale d'atténuation des virus appelée à un grand avenir. Malheureusement tout cela était gâté par la polémique acerbe du

savant contre ses adversaires et surtout par des attaques personnelles très-agressives contre Mr. *Koch* de Berlin et ses élèves qui lui rendent la pareille, dit-on, chaque fois qu'ils en trouvent l'occasion. — Or, Mr. *Pasteur* ne supporte pas la contradiction; il représente dans la science des infiniments petits le principe autoritaire et dogmatique. Il pose déjà peut-être un peu pour la statue qu'on lui a promise en consolation des critiques mal intentionnées de ses détracteurs. Malgré ces tendances qui ont produit une diversion fâcheuse, le travail de Mr. *Pasteur* a été écouté par le public avec une religieuse attention. On ne saurait rester indifférent aux magnifiques recherches du savant que la France se glorifie d'avoir produit et tout le monde pressent que la médecine fera de grands progrès sous l'influence des beaux travaux de Mr. *Pasteur* et de ses élèves sur l'atténuation du virus, leur domestication pour ainsi dire pour les cultures successives qu'on leur fait subir. Les applaudissements et les bravos n'ont certes pas manqués à Mr. *Pasteur* au Congrès à Genève, pas plus qu'à celui à Londres en Août 1881. Ses découvertes sont appréciées comme elles le méritent par les médecins de tous les pays, et l'on peut dire, que l'illustre académicien est à l'apogée de la grandeur scientifique. Depuis longtemps sa renommée a franchi les limites du monde des savants, elle est devenue universelle et si quelque chose à pu étonner ses auditeurs bénévoles, ce fut de voir un homme aussi fêté, aussi vanté, aussi glorifié se montrer cependant à ce point chatouilleux à la critique.

Hélas! il faut faire la part des faiblesses humaines et il n'est pas bon, semble-t-il, de trop encenser un homme, même le meilleur et le plus distingué. L'ingrat Athénien qui frappait d'ostracisme Aristide le juste pensait déjà sans doute ainsi, quoique Aristide ne se soit pas vanté d'avoir apporté la lumière là où ses prédécesseurs n'avaient laissé que ténèbres, contradictions, erreurs et chaos.

Le 6 Septembre deux questions d'une égale importance étaient à l'ordre du jour de la séance générale. La contagion de la phthisie pulmonaire et les colonies d'écoliers en vacances. — Mr. *Corradi* de Pavie a rappelé que la croyance à la contagion de la phthisie remonte à la plus haute antiquité. Aujourd'hui c'est l'observation clinique qui tranchera la question mais, en attendant, l'hygiène doit se régler vis-à-vis de la tuberculose, comme elle le ferait pour une maladie qui pourrait réellement se transmettre par contagion. — Mr. *Leudet* de Rouen vint ensuite ajouter ses observations personelles qui lui ont permis de constater que dans le mariage la contagion de la tuberculose du mari à la femme est beaucoup plus fréquent que celle de la femme au mari.

Mr. le Dr. *Vallir* pense qu'avant de songer à l'isolement des tuberculeux il faudrait d'abord réaliser celui des varioleux et des diphthéritiques. Pour les phthisiques, dont la contagion n'est en somme à l'heure présente qu'une séduisante hypothèse, il serait à désirer surtout que l'on puisse créer des lieux de retraite en quantité suffisante dans un climat propice, afin d'en débarrasser les hôpitaux qu'ils encombrent et où ils ne peuvent trouver de soulagement.

Mr. *Lubelski* de Varsovie croit que de petits pavillons divisés en dortoirs à panneaux mobiles, soigneusement aérés et ne renfermant qu'un petit nombre de lits répondraient aux exigences du traitement de ces malades auxquels on pourrait faire respirer de l'air chargé de vapeurs balsamiques. Mr. *Lubelski* conseille d'élever de semblables hôpitaux dans les forêts de sapins du Nord et près des plantations d'eucalyptus du midi.

Mr. *Smith* rédacteur de „The lancet" pense que tous les efforts des hygiénistes doivent se porter sur l'amélioration des logements dans les villes et des systêmes d'égout dont la ventilation laisse le plus souvent à désirer. C'est là ce qui sauvera la population de la phthisie.

C'est Mr. *Varrentrapp* de Francfort s. M., ce vétéran de la science, comme l'a dit Mr. *Lombard* en le présentant à l'assemblée, qui a fait le rapport sur les colonies d'écoliers en vacances. Les résultats des essais tentés en Suisse et en Allemagne depuis quelques années sont très-encourageants. Ces colonies sont un puissant moyen pour fortifier les enfants délicats et maladifs. Il faut se rappeller qu'on ne doit pas envoyer dans ces colonies des enfants réellement malades ou vicieux, qui demandent une surveillance spéciale ou les soins d'un médecin. Nous faisons tous nos vœux pour que cette excellente institution des colonies d'écoliers en vacances se répande de plus en plus partout.

La séance générale du 8 Septembre fut une des plus intéressantes. Notre excellent président Mr. *Lombard* a lu son travail plein de faits et d'érudition, sur les influences hygiéniques, physiologiques et thérapeutiques des altitudes. Mr. *Lombard* s'est fait depuis longtemps une véritable spécialité à ce sujet et il nous a parlé du „mal de montagne" avec une compétence absolue. — Ses conclusions ont été adoptées complètement par Mr. *Paul Bert* qui lui a succédé à la tribune et a charmé l'auditoire par le récit de ses expériences personnelles faites avec une bonne grâce et une aimabilité des plus sympathiques. Les expériences de Mr. *Paul Bert* ont renversé tout à fait l'ancienne théorie de la compression athmosphérique sur le corps humain. Ce n'est pas comme on l'a enseigné si longtemps, parce que la pression extérieure diminue que le sang tend à sortir des vaisseaux et que les symptômes du mal de montagne se déclarent. En se soumettant à une très-forte décompression Mr. *Bert* a pu éviter tous les accidents prévus grâce à des inhalations d'oxygène. Le remède du mal de montagne est donc trouvé. — Il est très-simple. — Il faut fournir à la respiration une quantité d'oxygène équivalente à celle qui manque par suite de la dépression athmosphérique. A ce propos Mr. *Bert* raconta au détail la triste catastrophe du Zénith qui coûta la vie à MM. *Sivel* et *Crocé-Spinelli*. Ces deux courageux aéronautes n'avaient emporté avec eux qu'une quantité insuffisante d'oxygène et ils eurent la malheureuse idée de le conserver jusqu'à la dernière extrémité au lieu de le respirer dès qu'ils en sentirent le besoin. Quant ils voulurent approcher de leurs lèvres le tube placé à quelques centimètres à peine au-dessus de leur tête, le deltoïde paralysé leur rendit impossible le moindre mouvement des bras et ils perdirent connaissance.

Mr. *Bert* a parlé ensuite de l'acclimatement des hommes qui vivent sur les hautes altitudes et a cité à cette occasion les remarquables expériences qu'il a faites dans son laboratoire. Le sang d'un animal à Paris absorbe 10 à 12% de son poids d'oxygène, tandis que le sang des animaux vivants à des grandes hauteurs (à La Paz par exemple d'où Mr. *Bert* a fait venir du sang pour ses expériences) peuvent en absorber jusqu'à 18 et 20%. Voilà pourquoi l'Européen est essouflé et malade à La Paz et peut à peine se traîner tandis que l'Indien alerte qui lui sert de guide porte avec facilité de lourds fardeaux. Le sang de cet indien, qui trotte si facilement, peut absorber presque le double d'oxygène de celui du pauvre Européen qui n'est pas encore acclimaté à ces hauteurs.

„Les astronomes", a dit en terminant Mr. *Paul Bert*, „nous effrayent beaucoup pour les générations futures en annonçant la fin du monde par le refroidissement du globe et l'absorption graduelle de son athmosphère qui deviendra de plus en plus rare; la théorie est exacte sans doute, mais j'ai une consolation à offrir à nos descendants; leurs organismes s'habitueront peu à peu à l'athmosphère raréfiée, parce que l'hémoglobine du sang de nos arrières petits neveux deviendra capable d'absorber toujours davantage d'oxygène à mesure que s'opérera la diminution de la pression athmosphérique. Je suis bien aise, Messieurs, de pouvoir terminer par cette consolation empruntée à la physiologie expérimentale."

Je n'ai pas besoin d'ajouter que Mr. *Paul Bert* a recueilli d'unanimes applaudissements et que son succès a été complet.

La séance est terminée par la lecture d'un travail très-intéressant de Mr. le Dr. *Marcet* (de Londres) relatant les expériences qu'il a faites à des grandes altitudes sur la bonne influence du chlorate de potasse contre le mal de montagne (le chlorate de potasse céderait son oxygène au sang en traversant l'économie).

La dernière séance générale eut lieu le 9 Septembre. Mr. le Dr. *Haltenhoff* présenta son rapport fort bien pensé et écrit sur le concours institué par la „Society for the Prevention of Blindness" (2000 fr. de récompense au meilleur mémoire anglais, allemand, français ou italien sur les moyens pratiques de prévenir la cécité).

Après avoir passé en revue les principales causes de la cécité et la statistique de cette infirmité Mr. *Haltenhoff* étudie les divers moyens préventifs et propose un programme de concours que le Congrès adopte immédiatement. Puis Mr. le Dr. *Layet*, professeur d'hygiène à la faculté de médecine à Bordeaux est proclamé, aux applaudissements de l'assemblée, lauréat du prix de fr. 2500 pour son beau livre sur „l'Hygiène et les maladies des paysans" prix institué par le Conseil provincial de Turin.

Après le rapport de Mr. *Martin* sur l'exposition d'Hygiène si remarquable installé par les soins du comité genevois à l'occasion de la réunion du Congrès, divers

vœux présentés par les sections sont adoptés et la ville de La Haye est désignée comme lieu de réunion de la Session de 1884.

Fêtes et Réceptions. On ne saurait parler du Congrès d'Hygiène sans mentionner les réceptions si cordiales et les fêtes grandioses qui nous ont été offertes tous les jours. Lundi soir, c'était la ville qui recevait au foyer du théâtre. Le lendemain Mr. le prof. *Adolphe de Candolle* dans son admirable campagne du Vallon brillamment illuminée. Mercredi à Champel si bien situé dans un beau parc au-dessus de l'Arve. Les nombreux et excellents travaux de Mr. le Dr. *Glatz* sur les résultats du traitement hydrothérapique qu'il dirige à Champel étaient offert gracieusement à tous les membres du Congrès. Le Correspondenz-Blatt a déjà signalé à plusieurs reprises les intéressants travaux de notre confrère et nous n'avons pas besoin de les recommander davantage ici.[1]) — Jeudi, la journée tout entière a été consacrée à une excursion sur le lac par un temps superbe. La bise même ne manquait pas au départ, comme pour donner aux étrangers une idée de l'agrément de ce puissant ventilateur hygiénique qui rend l'air de Genève si salubre en dispersant les microbes qui ne s'y trouvent évidemment pas à leur aise. A Evian, la société des eaux minérales offrit une excellente collation assaisonnée de beaux et bons discours; puis le „Mont-blanc" reprit sa course longeant la côte de Meillerie et l'embouchure boueuse du Rhône, passant ensuite sous les tours du vieux château de Chillon poétisé par Byron, il aborda à Montreux où nos confédérés vaudois avaient préparé un splendide banquet au Cursaal, avec productions musicales, chœur d'hommes, société instrumentale, discours et toasts. A la tombée de la nuit on se rembarqua pour aller admirer l'illumination féérique de la côte. Les feux de Bengale s'allumaient partout sur le passage du bateau à vapeur; l'église de Montreux apparait d'abord embrasée et se détache sur le fond noir qui l'environne, puis les fusées s'élancent de toutes parts et sillonnent à chaque instant d'un trait de feu le tableau grandiose et magique qui s'étale à nos yeux ravis. —

Vendredi soir c'était le tour du comité d'organisation du Congrès qui nous régala dans les salons et les jardins du magnifique château de Madame Eynard. — Samedi enfin un banquet d'adieu où de nombreux toasts furent prononcés, réunissait une dernière fois à l'hôtel national les membres du Congrès. *L....c.*

Wochenbericht.

Schweiz.

Basel. Prof. *Socin* hat einen Ruf nach Würzburg erhalten an die, durch den Wegzug *Bergmann*'s nach Berlin vacant gewordene Stelle eines Professors der Chirurgie.

Trotzdem derselbe Anfangs schwankend war und sich selbst auf einige Tage nach Würzburg begeben hatte, um sich mit den dortigen Verhältnissen etwas vertraut zu machen, so können wir doch heute zu unserer Freude melden, dass unserer Hochschule dieser schwere Verlust erspart bleiben wird. Mit *Socin* hätte uns nicht nur ein ausgezeichneter und anregender Lehrer, ein gewissenhafter und humaner Chefarzt verlassen, sondern vor Allem ein hochgebildeter und hervorragender College, der zu jeder Zeit und, wo es nöthig war, mit Energie die Interessen unserer Hochschule vertreten hat, ein Mann, dessen Name mit der Geschichte des Gedeihens unserer medic. Facultät so sehr verwachsen ist, dass es uns ganz unmöglich schien, ihn aus unserer Mitte scheiden zu sehen.

Wir haben keine Geheimraths-Titel, keine Orden, um dem Bleibenden unsere grosse Freude über seinen patriotischen Entschluss in sichtbarer Weise auszudrücken, aber die in diesen Tagen ihm entgegen gebrachten Beweise der Anhänglichkeit und Hochachtung mögen ihm ein nicht minder werthvolles Zeichen sein der dankbaren Anerkennung von Seite seiner Vaterstadt.

Bern. Wismuth als Antisepticum. In der Sammlung klinischer Vorträge, herausgegeben von *Richard Volkmann*, publicirt soeben Prof. *Kocher* in Bern seine Erfahrungen über die einfachsten Mittel zur Erzielung einer Wundheilung durch Verklebung ohne Drainröhren (28 Seiten).

[1]) Mentionnons spécialement „L'Hydrothérapie aux bains de Champel" par le Dr. *P. Glatz.* Genève, 1879.



Kocher hatte bereits in seiner Publication über das Jodoform (Centralbl. f. Chirurgie) das Wismuth als neues Mittel für die Wundbehandlung angekündigt; in dem vorliegenden Vortrage wird diese Wismuthbehandlung sammt ihren Resultaten des eingehendsten besprochen.

Aus den Resultaten einer unter *Kocher*'s Leitung unternommenen Dissertation von *Schuler* ergibt sich, dass das Magist. Bismuthi in der That antiseptische Eigenschaften hat, d. h. entwicklungshemmend auf die Fäulnissbacterien wirkt. Daneben aber hat es vor den meisten bekannten Antisepticis den Vortheil, dass es für den Organismus wenigstens in nicht zu hohen Dosen ziemlich unschädlich ist. Bei Verbrauch grösserer Quantitäten auf Wunden wurden acute Stomatitis, Darmcatarrhe mit Diarrhœen und desquamative Nephritis beobachtet. Nach vielen Versuchen hatte sich folgendes Verfahren der Wismuthbehandlung für frisch anzulegende Wunden am meisten bewährt:

Von fein gepulvertem Wismuth-Nitrat werden 2 emulsionsähnliche wässerige Mischungen gebraucht, eine einprocentige und eine zehnprocentige; die erstere wird aus einer einfachen Spritzflasche von Zeit zu Zeit über das Operationsfeld gespritzt, so dass also alle Theile der Wunde mit einer dünnen Schicht Wismuth bedeckt werden. Nach der Operation wird die Wunde nochmals mit der 10% Lösung betupft und dann sämmtliche Nähte gelegt, jedoch nicht geschlossen, sondern gleich der Verband applicirt in Form von in 10% Wismuthlösung getränkten Streifen hydrophilen Verbandstoffes, welche als Krüllgaze und geordnet aufgelegt werden, darüber kommt Cautchuktuch und Watte nebst trockener Binde. Bei dem ersten Verbandwechsel nach 12—48 Stunden werden zuvörderst nach Benetzung der Wunde mit Wismuthlösung die Nähte geschlossen, ohne dass irgendwo ein Drain eingelegt wird. So oft es die Secretion später erheischt, wird der Verband gewechselt. Die Nähte werden in der gewöhnlichen Zeit entfernt und falls dann noch an einzelnen Stellen die Heilung der Wunde nicht vollständig erfolgt ist, werden diese mit Wismuthbrei bedeckt. In Fällen, wo die Blutung bei der Operation ganz exact gestillt werden kann, wird die Wunde sofort in ganzer Ausdehnung geschlossen, und dann ein intensiv wirkender Druckverband vor Allem mit Heftpflaster-Cautchucstreifen angelegt.

In der Casuistik werden 36 mit Wismuth behandelte Fälle zusammengestellt, fast sämmtliche heilten tadellos durch erste Vereinigung, so weit dies überhaupt möglich war. Es sind dies: 1 Fall von Resectio mandibulae; 1 ausgedehnte Larynx-Excision; 1 Exstirpation von Halsdrüsen (sehr ausgedehnte); 7 Struma-Excisionen; 1 Excisio Mammæ; 3 Hernien-Radicaloperationen; 2 Castrationen; 1 Hydrocelen-Spaltung; 1 complic. Oberarmbruch; 2 Ellenbogen-, 1 Hand-Resection; 1 Amputatio femoris; 5 Arthrotomien und Resectionen des Hüftgelenkes; 4 ebensolche des Kniegelenkes; 3 Resectionen des *Chopart*schen Gelenkes und 2 des I. Metatarso-Phalangeal-Gelenkes.

Die Wundheilung durch Verklebung wird also von *Kocher* erreicht dadurch, dass die gesammte Wundoberfläche mit einer dünnen Schicht Wismuthpulver bedeckt und die Wunde gewöhnlich erst 24 Stunden nach der Operation definitiv ohne Drain durch die Naht geschlossen wird.

Die Zeiten ändern sich in der Wundbehandlung, aber auch wir in ihnen. Das Princip der Antisepsis verdanken wir *Lister*, aber der Mittel und Wege, auf einfache ungefährliche Weise glückliche Resultate mittelst der Antisepsis zu erreichen, gab es schon viele und wird es wohl noch mehr geben. Die von *Kocher* inaugurirte Wismuthbehandlung verdient angesichts der schönen Resultate, der einfachen Ausführung während der Operation und Nachbehandlung und der absoluten Gefahrlosigkeit gewiss volle Beachtung und allseitige Nachahmung. *Kaufmann.*

Neuchâtel. Mémoire communiqué par l'Association nationale médicale anglaise pour **l'abrogation des Actes sur les maladies contagieuses** à la Conférence de la Fédération Britannique et continentale réunie à Neuchâtel en Septembre 1882 par le Dr. *Ladame* à Dombresson.

Der vorliegende treffliche Bericht wirft einen Blick auf die bisherige Thätigkeit der Gesellschaft; diese wurde bekanntlich in England gegründet, um die Abschaffung derjenigen Gesetze zu bewirken, welche durch sanitarische Untersuchung der Prostituirten die syphilitischen Erkrankungen einzuschränken suchen. Anfangs hatten diese Gesetze eine enorme Menge von Anhängern, die von vornherein an ihre Nützlichkeit glaubten. Nach und

nach stellte sich aber durch genaue statistische Erhebungen in der Marine heraus, dass der Erfolg einer ärztlichen Ueberwachung der Meretrices ein sehr geringer, vielleicht sogar illusorischer sei; ja es schienen sogar die constitutionellen Formen der Syphilis eher zuzunehmen. So hat sich z. B. der Gemeinderath von Paris gegen die in dieser Stadt bestehende polizeiliche und sanitäre Controle der Puellæ publicæ ausgesprochen „parce qu'elle est attentatoire à la liberté individuelle sans produire les résultats qu'elle devrait fournir au double point de vue de la diminution des maladies syphilitiques et de la surveillance des délits de droit commun contre l'ordre public et les attentats aux mœurs". Auch das Haus der Gemeinen in London steht von einer weiteren Einführung der sanitaren Untersuchung ab. Der Verein hofft daher, dass allmälig überall seine Tendenzen durchdringen werden; er formulirte diese in hygieinischer Beziehung anno 1877 in Genf folgendermaassen: „Die Gesellschaft verwirft jedes System von Sittenpolizei, welches eine Reglementirung der Prostitution zum Zweck hat, weil die erzwungene ärztliche Untersuchung der Frauen die menschliche Natur empört, weil eine grosse Zahl der Prostituirten ihr leicht ausweichen können, und weil eine solche Untersuchung die schwersten constitutionellen Formen der Syphilis oft übersieht und deren Ausbreitung nicht verhindert, während sie auf der andern Seite eine falsche Garantie für die Gesundheit der untersuchten Frauen gibt."

A. E. Burckhardt.

Ausland.

Deutschland. Antisepsis. Prof. Dr. *v. Bergmann* sprach sich an der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte unter Anderm folgendermassen aus: ... „Ueber die Bacillen des malignen Oedems haben die Untersuchungen von *Pasteur*, *Koch*, *Gaffky* hinreichend berichtet. In den von der Wundrose occupirten Hautpartien ist in Fällen meiner Klinik von Herrn *Fehleisen* zuerst und regelmässig ein durch besondere morphologische Merkmale ausgezeichneter Spaltpilz gefunden worden, ein Fund, der mehrfach schon seine Bestätigung erhielt. Denselben Pilz hat Herr *Fehleisen* ausserhalb des Körpers gezüchtet und die Züchtung fortgesetzt, bis er aus der 9. Generation Veranlassung hatte, eine Impfung vorzunehmen. Dieselbe traf eine Frau mit multiplen, sarcomatösen Geschwülsten, Geschwülste, die nach den Erfahrungen des zu früh für unsere Wissenschaft gestorbenen Collegen *Busch* in Bonn durch Ausbreitung der Wundrose über den von ihnen occupirten Hautbezirk geheilt werden können. Die Impfung, welche einige wenige Individuen aus der Pilzzucht in eine kleine Wunde brachte, schlug an; es entwickelte sich ein typisches Erysipel, unter dem die Gewächse kleiner zu werden schienen. Für eine Wundkrankheit, das Erysipel, ist es mithin erwiesen, dass sie von Microorganismen specifischer Art erzeugt und durch die Invasion dieser unmittelbar hervorgerufen wird.

Allerdings ist nur für diese eine Wundkrankheit alles, was eine solche Beweisführung fordert, geleistet worden, für die anderen steht solches noch aus. Allein es genügt zunächst an die eine, nun sicher gestellte Thatsache sich zu halten, um der practischen Aufgabe des Klinikers den festen, wissenschaftlichen Boden zu gewinnen. Die Entdeckung einer specifischen Noxe fordert die Vernichtung grade dieser durch unsere Antiseptik. Was früher kaum mehr als Construction und Vermuthung war, ist jetzt wissenschaftlich sicher gestellt. Das erweiterte Wissen gibt aber auch hier die klare und präcise Aufgabe: die Prüfung der antiseptischen Mittel an besonderen pathogenen Pilzen. Wie das zu geschehen hat, ist durch *Koch*'s Sorgfalt und Fleiss gezeigt worden. Es lässt sich die Wirkung eines Desinfectionsmittels auf die verschiedenen Arten und die verschiedenen Zustände der Krankheit erzeugenden Microorganismen dadurch prüfen, dass man Bacterien an Charpiefäden antrocknen lässt und dann mit dem fraglichen Mittel in Berührung bringt. Verlieren durch diesen Contact die niederen Organismen und deren Keime ihre Entwicklungsfähigkeit, so ist das angewandte parasiticide Mittel zweckentsprechend und wirksam.

Tritt man mit diesen Proben an alle diejenigen Mittel, welche bis jetzt zum *Lister*-Verbande benutzt worden sind — so bewährt sich in derjenigen Vertheilung und demjenigen Concentrationsgrade, in welchem sie zur Anwendung kamen, kein einziges. Kein einziges tödtet die Microorganismen, indem es ihr Fortpflanzungsvermögen aufhebt, höchstens dass ein oder das andere ihre Entwicklung verzögert und ihre Lebens-Energie

herabsetzt. Die Thatsache, dass es unter jedem, auch dem gelungensten *Lister*-Verbande von Coccen und Bacterien wimmelt, zeigt hinlänglich, wie weit wir noch von unserm Ideal, dem einer vollkommenen Wunddesinfection entfernt sind. Grade ebenso thut das die Geschichte des blauen Eiters. Die grünblaue Färbung der Verbandmittel durch Vegetation eines kleinen, unschädlichen Bacillus in ihnen ist unter den verschiedensten antiseptischen Verbänden gesehen worden. Man sollte geradezu die Impfung der Verbandstoffe mit diesem Microorganismus dazu benutzen, die Güte des sie durchtränkenden Antisepticums in Erfahrung zu bringen.

So erklärt sich das in den letzten Jahren mit solchem Eifer betriebene Suchen nach neuen Mitteln, ein Suchen, welches um so lebhafter fortgesetzt werden wird, je bessere und zuverlässigere Methoden wir zur Prüfung der neuen Vorschläge im Reagensglase und Brütofen finden. Denn an den Erfolgen allein und lediglich an den Heilungsresultaten darf heutzutage der Werth der Gaze-, Pulver- und Dauerverbände nicht mehr gemessen werden. . . . Wir leben indessen der Hoffnung, dass die antiseptische Wundbehandlung gerade jetzt vielfachen Verbesserungen entgegen geht; denn unsere Kenntnisse über die Vorgänge bei der Wundinfection sind, eben erst in's Leben gerufen, schon in raschem Fortschreiten begriffen. Je weiter wir im Wissen vorrücken, desto weiter auch im Können. Die Antiseptik bleibt allzeit, jetzt wie früher, nur ein Ausfluss unserer geläuterten, besseren und grösseren Kenntnisse vom Processe der Wundheilung und den Vorgängen bei seiner Störung, von den Ursachen der Wundentzündung und den Eigenschaften der von aussen in die Wunde getragenen Krankheitskeime.

Die Chirurgie der Gegenwart ist durchaus noch nicht Kunst oder Handwerk allein. Weder das Talent des Kunstfertigen, noch die gewissenhafte und peinliche Befolgung der Weisungen eines grossen Meisters machen sie leistungsfähig. Sie wurde zu dem, was sie ist und erreichte die Stellung, die sie im Augenblicke unter den Schwesterdisciplinen einnimmt, blos durch die wissenschaftliche Methode und Arbeitsweise des Naturforschers.“ (Deutsche med. Woch.)

Stand der Infections-Krankheiten in Basel.

Vom 26. November bis 10. December 1882.

(Die Zahlen in Klammern geben jeweilen die Anzahl der in früheren halben Monaten angemeldeten Fälle an.)

Von Varicellen sind 18 Fälle angemeldet (9, 5, 6), zerstreut über die Stadt.

Von Rötheln und Mumps je 1 Fall.

Scharlach zeigt ebenfalls eine bedeutende Zunahme; angemeldet sind 27 Erkrankungen (13, 13, 8), wovon 11 auf dem Nordwestplateau.

Typhus 8 Erkrankungen (9, 15, 10), wovon 4 im Birsigthale.

Diphtherie 10 Fälle (6, 7, 3), wovon 7 in Kleinbasel.

Erysipelas 3 vereinzelte Fälle (8, 6, 3).

Von Pertussis sind 9 Fälle angemeldet (5, 5, 7).

Puerperalfieber 2 Fälle (Südostplateau und Kleinbasel).

Von Icterus catarrhalis sind ferner 9 Erkrankungen angezeigt worden, 3 Kinder, 6 Erwachsene, 2 noch auf den October fallend.

Endlich ist eine Erkrankung an Trichinosis eingetreten, verursacht bei einem Metzger und Wirth durch Genuss inländischen Schweinefleischs.

Bibliographisches.

153) *Beneke*, Prof. Dr. *F. W.*, Die erste Ueberwinterung Kranker auf Norderney. Aerztl. Bericht. 8°. 157 S. Norden, H. Braams.

154) *Aeby*, Prof. *Chr.*, Schema des Faserverlaufes im menschlichen Gehirn. gr. 8°. Bern, Dalp'sche Buchh.

155) *Coën*, Dr. *Raphael*, Das Stottern, Stammeln, Lispeln und alle übrigen Sprechfehler. Mit 16 Abbildungen. II. Aufl. 8°. 156 S. Wien, A. Hartlebens Verlag.

156) *Huber*, *Herm.*, Klinische Beiträge zur Lehre von den Orbitaltumoren. Mit 1 Tafel. Inaug.-Dissert. 8°. 50 S. Zürich.

157) *Sulzer*, *David*, Die Iridectomie bei primärem Glaucom. Inaug.-Diss. 8°. 107 S. Zürich.

158) *Extrait des Rapports* du Comité de l'hôp. du Val de Travers à Couvet XXII année. Neuchâtel.

159) *Aerztlicher Bericht* über den Krankenbestand im Diaconissenspital zu Riehen. September 1881 bis August 1882.
160) *Revue* des sciences méd. par le prof. *Hayem.* X. Jahrg. XX. Bd., 2. H. Paris, G. Masson.
161) *Hæckel Ernst*, Die Naturanschauung von *Darwin*, *Göthe* und *Lamarck*. Vortrag in der 55. Versamml. deutscher Naturforscher und Aerzte 1882 in Eisenach. 8°. 64 S. Jena, Gust. Fischer.
162) *Medicinisch-statistischer Jahresbericht* über die Stadt Stuttgart von 1881. IX. Jahrgang. Herausgegeben vom Stuttgarter ärztlichen Verein. Red. von Dr. *Adolf Reuss.* 8°. 140 S. Stuttgart, J. B. Metzler.
163) *Zimmerlin, Franz*, Ueber die Blutungen nach Tracheotomie wegen Croup und Diphtheritis. Inaug.-Dissert. 8°. 36 S. Leipzig, Teubner.
164) *Schwendt, Anton*, Ueber Orbitalphlegmone mit consecutiver Erblindung. Zusammenstellung von 44 Fällen. Inaug.-Dissert. 8°. 270 S. Basel.
165) *Navratil*, Prof. *E*, Chirurgische Beiträge. Mit mehreren Holzschn. und 3 Tafeln. 8°. 126 S. Stuttgart, Enke.
166) *Popper*, Dr. *M.*, Lehrbuch der Arbeiterkrankheiten und Gewerbehygieine. 20 Vorlesungen. 8°. Stuttgart, Ferd. Enke.
167) *Demme*, Prof. Dr. *R.*, in Bern, Die Anæsthetica. Sep.-Abdr. a. *Gerhardt*'s Kinderkrankheiten. 8°. 87 S. Tübingen, Laupp.
168) *Behrend*, Dr. *Gust.*, Lehrbuch der Hautkrankheiten für Aerzte und Studirende. II. Aufl. Mit 43 Holzschn. 8°. 612 S. 1883. Berlin, Aug. Hirschwald.
169) *Wiener Klinik* 1882, 10/11. Heft. Wien, Urban & Schwarzenberg. Inh.: Dr. *M. Weiss*, Ueber symmetrische Gangræn.
170) *Dies Iræ*, Erinnerungen eines franz. Officiers an die Tage von Sedan. 8°. 120 S. Stuttgart, C. Krabbe.
171) *Ranvier*'s technisches Lehrbuch der Histologie, übersetzt von Dr. *W. Nicati* und Dr. *von Wyss*. 6. Liefg. Mit 52 Holzschn. Leipzig, F. C. W. Vogel.
172) *Zeitschrift für Geburtshülfe* und Gynæcologie. VIII. Bd., 2. Heft. Mit 8 lith. Tafeln. Stuttgart, F. Enke.
173) *Ladame*, Dr. *P.*, Des enfants illégitimes en Suisse. Mémoires présentés au 4e Congrès intern. d'hygiène. 8°. 23 S. Lyon.
174) *Klebs*, Prof. *E.*, Ueber die Aufgaben und die Bedeutung der experimentellen Pathologie. Antrittsvorlesung. 8°. 31 S. Leipzig, F. C. W. Vogel.
175) *Heiberg*, Prof. *H.*, Die Tuberculose in ihrer anatom. Ausbreitung. 8°. 51 S. Leipzig, F. C. W. Vogel.
176) *v. Ziemssen*'s Handbuch der allgem. Therapie. III. Band, enth.: *Erb*, Electrotherapie, II. Hälfte. Mit 5 Holzschn. 8°. Leipzig, F. C. W. Vogel.
177) *Volkmann*'s Sammlung klinischer Vorträge. Leipzig, Breitkopf & Härtel.
Nr. 222, *Bircher*, *H.*, Die malignen Tumoren der Schilddrüse. Mit 1 Tafel.
Nr. 223, *Glax*, *Jul.*, Zusammenhang nervöser Störungen etc.
Nr. 224, *Kocher*, Ueber die einfachsten Mittel zur Erzielung einer Wundheilung durch Verklebung ohne Drainröhren.
178) *Flemming*, Prof. *W.*, Zellsubstanz, Kern und Zelltheilung. Mit 24 Textbildern und 8 Tafeln. 8°. 424 S. Leipzig, F. C. W. Vogel. Preis Fr. 21. 35.
179) *Husemann*, *Theod.*, Handbuch der ges. Arzneimittellehre. Mit Rücksichtnahme der deutschen Pharmacopœ, für Aerzte und Studirende. II. Aufl. I. Bd. 8°. 516 S. Berlin, Jul. Springer. Preis Fr. 13. 35.
180) *Isenschmid*, Dr., Skizzen a. d. chirurg. Klinik des Herrn Prof. *v. Nussbaum.* Ein Vademecum für den pract. Chirurgen. I. Heft, Sommer 1881. Preis Fr. 1. 35. II. Heft, Winter 1881/82. Preis Fr. 2. 70. München, J. A. Finsterlin.
181) *Index-Catalogue* of the Library of the Surgeon-General's Office United States Army. Authors and Subjects Vol. III. Chol-Dzondi. Lex. 8°. 1020 S. geb. Washington, Government Printing Office.

Briefkasten.

Herrn Dr. *Bolhalter* zu Willem I auf Java: Ihre Corresp. erscheint demnächst. Beobachten Sie auch Filaria sanguinis? Freundl. Gruss über den Ocean. — Herrn Dr. *A. E. Burckhardt*, Basel; Dr. *Bruggisser*, Wohlen; Dr. *Zürcher*, Aarau; Prof. Dr. *Aeby*, Bern: Besten Dank.

St. Gallen, October 1882.

100 Gr.	**Chinin sulfur. puriss.**		Fr. 48. —
10 „	dto.	Fr. 5. 50; 30,0 =	„ 14. 40
100 „	**Chinin muriat. puriss.**		„ 65. —
10 „	dto.		„ 7. —
100 „	**Chloral. hydrat. puriss.**		„ 2. —
250 „	**Chloroform. puriss.** Ph. helv.		„ 2. —
100 „	**Jodoform. puriss.**		„ 6. 50
250 „	**Kalium bromat. pur.**		„ 2. 50
100 „	**Kalium jodat. pur.**		„ 4. —
100 „	**Morphium acet.**		„ 45. —
30 „	dto.	Fr. 13. 50, 10 Gr.	„ 5. —
100 „	**Morphium muriat.**		„ 50. —
30 „	dto.	Fr. 15.—, 10 Gr.	„ 5. 50
500 „	**Acid. carbol. puriss. albis.**		„ 3. —
500 „	**Natr. salicyl. albis. pulv.**		„ 15. —
100 „	dto.		„ 3. 50

Alles **franco** offerirt in tadelloser Qualität

Apotheker C. Friedrich Hausmann.

Ein Arzt in der Ostschweiz wünscht seine rentable Praxis einem Collegen abzutreten. Bedingung: Uebernahme der Apotheke und Instrumente. Offerten sub Chiffre O 9436 F an Orell Füssli & Cie. in Zürich. [OF 9436]

Fritz Bahlinger, Krankenwärter,

Burgfelderstrasse Nr. 4 Basel,

empfiehlt sich den geehrten Herren Aerzten für Privatpflege; derselbe hat als solcher 3½ Jahre im hiesigen Spital gedient.

Ein Arzt wünscht zu verkaufen

seinen sehr leicht und elegant gebauten, absolut neuen

Victoriawagen

(Portièren und Bock zum Wegnehmen eingerichtet), eventuell auch Schlitten und Pferd.

Anfragen sub **S. G.** übermittelt die Expedition.

Chirurg. ***Instrumente, Gummiwaaren, Verbandstoffe, Apparate.***

Grosses Lager. — Prompte Bedienung. — Billige Preise. — Auswahlsendungen.

Illustr. Preis-Courant gratis und franco.

Hecht-Apotheke St. Gallen,
C. Friedrich Hausmann.

Eine angenehme, einträgliche Landpraxis ist abzutreten. Uebernahme der Apotheke ist Hauptbedingung. Angebote unter Chiffre D. K. gefl. an die Expedition.

Für Aerzte.

In bester Lage Zürichs ist ein für einen Arzt sich eignendes, gut eingerichtetes Geschäft mit seiner Clientele verkäuflich Erfolg für bequeme ausgezeichnete Praxis. Offert. unter Chiff. **N. L. Nr. 172.**

Zu verkaufen.

Aus dem Nachlasse eines Arztes eine gut eingerichtete Apotheke: Apothekschrank mit Aufsatz, schöne Handgefässe mit theilweisem Medicamentenvorrath bei **Gebrüder Wiss in Breitenbach,** Ct. Solothurn.

Ergotin Nienhaus

für

subcutane Injectionen.

Sichere Wirkung, ohne Schmerz, ohne Reizung, ohne Abscess.

Dargestellt von **Casimir Nienhaus,**
Apotheker in Basel.

Vorräthig in ¹/₁ und ½ Flacons in der **Löwenapotheke in Basel** und den bekannten Niederlagen.

Bestellungen durch die Post werden prompt effectuirt. Telegramm-Adresse: **Nienhaus, Basel.**

Bei Bezug mehrerer Flacons tritt Preisermässigung ein.

Im Schw. Med.-Kalender pro 1883 ist irrthümlich angegeben, dass Ergotin Nienhaus 30 Gramm 10 Fr. kosten. Das Präparat wird abgegeben in ¹/₁ Flacons von ca. 30 Gramm Inhalt zu 6 Fr. und in ½ Flacons von ca. 17,5 Gramm Inhalt zu 3½ Fr.

Bei Cäsar Schmidt in Zürich ist soeben erschienen und durch alle Buchhandlungen zu beziehen:

Davos im Schnee.

Fliegende Blätter aus dem Kurleben
von **W. H. Vormann.**

Mit einem Farbendruck-Umschlag (Davos im Schnee). Elegant ausgestattet.

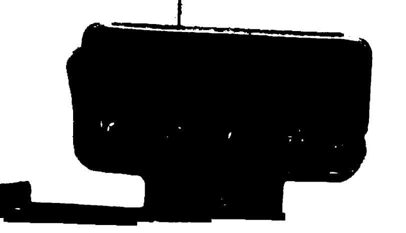
Preis: 2 Fr. 40 Cts.

Interessant und pikant für Aerzte und Laien, sowie Alle, die Davos schon besuchten oder zu besuchen gedenken.

Dr. Erlenmeyer'sche Anstalt
für Gemüths- und Nervenkranke
zu Bendorf bei Coblenz.

I. Asyl für Gemüthskranke. II. Villa für Nerven- und Rückenmarkskranke.
III. Colonie (landwirthschaftl. Anstalt) für Geisteskranke (Pflegeabtheilung).
Die 3 Abtheilungen sind vollständig von einander getrennt.
3 Aerzte. — Aufnahme zu jeder Zeit. — Besondere Prospekte für jede Abtheilung.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.




THE OHIO STATE UNIVERSITY BOOK
D AISLE SECT SHLF SIDE
8 02 03 13 7 13